

Das Bettnässen

Abhandlung
zur Erlangung der Doktorwürde
der Philosophischen Fakultät I
der
Universität Zürich

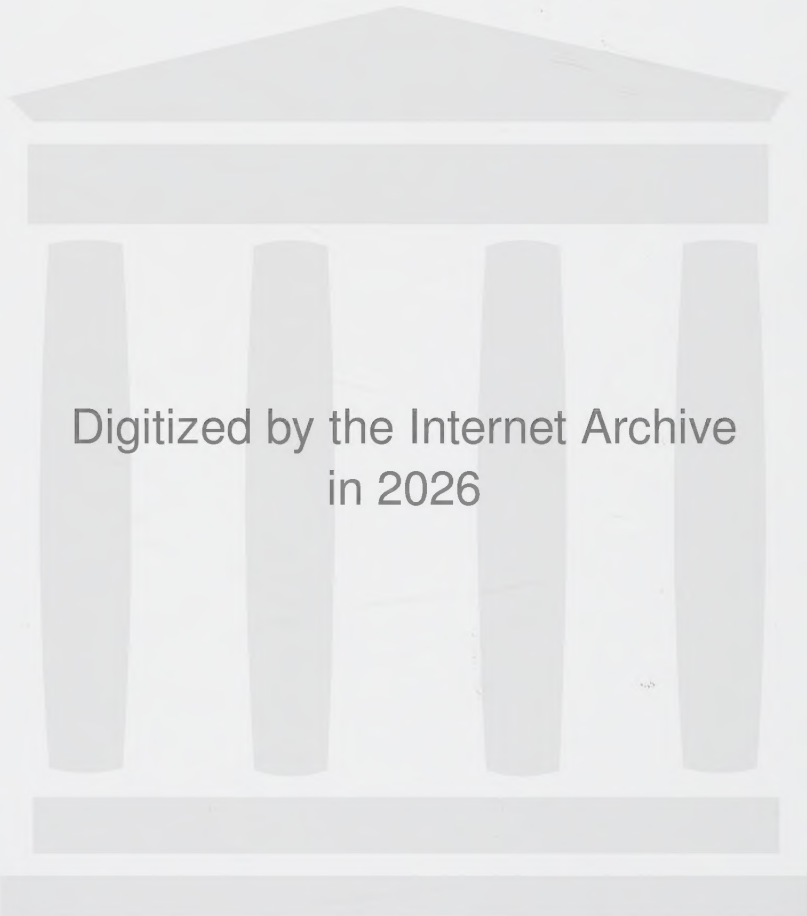
vorgelegt von
Hoda Rashed-Barrada
von Kairo



Angenommen
auf Antrag von Herrn Prof. Dr. P. Moor

Buchdruckerei Jean Herbst, Zürich
1953

HODA RASHED-BARRADA / DAS BETTNÄSSEN



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41507223_0111

Das Bettnässen

Abhandlung
zur Erlangung der Doktorwürde
der Philosophischen Fakultät I
der
Universität Zürich

vorgelegt von
Hoda Rashed-Barrada
von Kairo

Angenommen
auf Antrag von Herrn Prof. Dr. P. Moor

Buchdruckerei Jean Herbst, Zürich
1953



Meiner lieben Mutter gewidmet

Vorwort

Die Anregung zu dieser Dissertation verdanke ich meinem verehrten Lehrer, Herrn Prof. Hanselmann, dem ich für alle Ratschläge, die ich vor allem bei der Abfassung der ersten zwei Kapitel von ihm empfangen durfte, meinen besten Dank abstatten möchte. Auch Herrn Prof. Lutz, der sich in freundlicher Weise um den medizinischen Teil meiner Arbeit bemühte, bin ich dafür zu Dank verpflichtet. — Insbesondere danke ich Herrn Prof. Moor, der die Freundlichkeit hatte, nach dem Rücktritt von Herrn Prof. Hanselmann die weitere Leitung meiner Arbeit zu übernehmen und immer bereit war, mir auf Grund seiner umfassenden Kenntnisse und reichen Erfahrung manche wertvolle Anregungen und Ratschläge zu geben.



Rembrandt: Ganymed in den Fängen des Adlers.
(Aus: Christoffel, Trieb und Kultur. Band VII der Sammlung «Psychohygiene, Wissenschaft und Praxis». 1944. Benno Schwabe & Co., Basel. Rembrandt'sches Original in der Dresdener Gemäldegalerie.)

Inhalt

		<i>Seite</i>
Vorwort		7
1. Kapitel	Erklärung und Behandlung des Bettnässens im Laufe der Zeiten	13
2. Kapitel	Anatomisch-physiologische Grundlagen	17
3. Kapitel	Ursachen des Bettnässens	24
	Begriffsbestimmung: Inkontinenz und Enuresis	24
	Inwiefern kann das Bettnässen durch organische Faktoren bedingt sein?	25
	Epilepsie	25
	Schwachsinn	27
	Schlafftiefe	27
	Würmer	29
	Kälte	29
	Spina bifida	30
	Mandel- und Drüsenerkrankungen	32
	Phimose, Balanitis, Vulvitis	33
	Akute Infektionskrankheiten	33
	Gesteigerte Harnproduktion während der Nacht	35
	Erblichkeit:	
	Zwillingsforschung	36
	Die Reinlichkeitsfrage	36
	Cystographische Resultate	38
	Sekundäre Enuresis	40
	Schwache Blase	43
	Können äussere Umstände als eigentliche Ursache des Bettnässens angesehen werden?	45
	Wohnung, Kleidung, soziales Niveau	45
	Oder ist die Ursache auf der psychischen Ebene zu suchen?	46
	Ereignisse, die das Kind bedrohen oder unsicher machen	46
	Enuresis als Zweckkrankheit	47
	Enuresis ein hervorstechendes Symptom eines entmutigten Kindes	47
	Enuresis aus Ablehnung der Einordnung in die Gesellschaft	47
	Enuresis aus Protest	48
	Enuresis aus Trotz (erwähnt S. 53)	
	Enuresis als Schlafhandlung	48
	Enuresis in Beziehung zur Sexualität	50
	Enuresis und Onanie	53
	Kann Enuresis als Ergebnis einer falschen Reinlichkeitsgewöhnung betrachtet werden?	57
	Ist Reinlichkeitsgewöhnung überhaupt notwendig oder nicht? Pro und Contra	59
	Resultat	64
4. Kapitel	Behandlung des Bettnässens	65
	Die Behandlung des Bettnässens als Gemeinschaftsarbeit von Arzt, Heilpädagogen und Fürsorger	65
	Arbeit des Fürsorgers	65
	Aufgabe des Arztes	65
	Erziehungsfehler	68
	Die Aufgabe des Heilpädagogen	68
	Können, Wollen, Empfänglichkeit	72
	Behandlungsmöglichkeiten bei Psychopathen und Schwachbegabten	75
	Darstellung von zwei Fällen	79
	1. Fawzia	79
	2. Mahmoud Serry Tahr	90

Erstes Kapitel:

Erklärung und Behandlung des Bettnässens im Laufe der Zeiten

Fehlende Kontrolle der Harnentleerung wurde in fast allen Epochen als Problem aufgeworfen und hat auch verschiedene ausserhalb des medizinischen Gebietes stehende Leute aufmerksam gemacht und ihren Blick auf sich gelenkt.

Das Bettnässen wurde schon im Mittelalter von Dichtern erwähnt, von Schriftstellern beschrieben, von Malern dargestellt. Shakespeare*) hat in dreien seiner Schauspiele auf diese Krankheit Bezug genommen. François Rabelais hat in seinem «Gargantua et Pantagruel» unter anderem auch urophile und uropolemische Anekdoten erzählt. Rembrandt hat in seinem «Ganymedes» diese Schwäche deutlich dargestellt. Dieses Bild zeigt uns, dass Furcht zur Harnentleerung führen kann: Der weinende kleine Ganymedes, entführt von einem Adler, kann sich nicht mehr beherrschen und uriniert in einem kräftigen Strahl.

Dieses Leiden wurde auch von fast allen alten Aerzten, wie Hippokrates, Galen, Celsus, Plinius dem Aelteren, erwähnt und behandelt.

Plinius der Aeltere, der im ersten Jahrhundert lebte und an Magie glaubte, hat folgende Behandlung des Bettnässens angegeben: «Nach den Magiern kann man seinen Urin mit Sicherheit zurückhalten, wenn man die Asche eines verbrannten Geschlechtsorgans eines Keilers trinkt, in einem Hundestall

*) Batty, Enuresis or Bed-Wetting, S. 13: *Merchant of Venice*, Act IV, Scene 1, lines 49, 50, 53, 56—58, Shylock loquitur:

«And others when the bagpipe sings i' th' nose
Cannot contain their urine.»

— — —
«As there is no firm reason to be rendered

— — —
Why he, a woollen bagpipe — but of force
Must yield to such inevitable shame
As to offend, himself being offended.»

All's Well that Ends Well, Act IV, Scene 3, line 287:

«In his sleep he does little harm save to his bedclothes
But they know his condition and lay him in straw.»

Tempest, Act I, Scene 1, Gonzalo loquitur:

«As leaky as an unstanch'd wench.»

uriniert und gleichzeitig die Worte wiederholt: «Ich tue das, damit ich mein Bett nicht wie ein Hund nass mache.»

Claudius Galenus hat harntreibende Nahrungsmittel erwähnt, nämlich «alle Nahrungsmittel, welche die Sinne reizen und beissen», und probierte Nierenentzündungen auf diätetischem Wege, durch Einschränkung harntreibender Nahrungsmittel, zu behandeln.

Nach Celsus — wie bei den modernen Aerzten — hat die Kälte auf die nicht daran gewöhnten Personen eine schlechte Wirkung, bei Celsus aber im Sinne der Harnverhaltung, bei den modernen im Sinne der Harnentleerung. Im Winter erregt der Nordwind «Husten . . ., ruft Verstopfung hervor, unterdrückt den Urin . . ., erzeugt Schüttelfrost.» Nach seiner Meinung können auch Blasensteine zum Bettnässen führen: «Steinkranke erkennt man an folgenden Zeichen: Der Urin wird mit Beschwerden gelassen und geht tropfenweise, bisweilen auch unwillkürlich ab.»

Paulus Aegineta (700) ist aber der Meinung, dass Blasensteine nur Ischurie verursachen können. Er behauptet, dass der Grund des Bettnässens Schwäche des Harnblasensphinkters sei.

Avicenna, ein arabischer Arzt (980–1037), wurde der Fürst der Medizin genannt. Er hat eine Menge Ursachen für Enuresis — Theorien, die noch heute von vielen Aerzten unterstützt werden — aufgezählt. Es sind dies: Extreme Kälte, Erschlaffung des Schliessmuskels, Schwäche des Detrusor- und Sphinktermuskels und häufiges Trinken von harntreibenden Flüssigkeiten. Unwillkürlicher Harnabgang kann auch durch Druck auf die Blase verursacht werden, wie es oft bei schwangern Frauen vorkommt und bei Leuten, die grosse Geschwülste über der Blase haben. Von Enuresis nocturna sagt er, sie werde im Kindesalter durch Erschlaffung des Sphinktermuskels veranlasst und durch tiefen Schlaf und sauren Urin begünstigt. Mit zunehmendem Alter werde das Bettnässen infolge leichteren Schlafes und Erstarkung des Schliessmuskels verschwinden. — Die Behandlung besteht teils aus Pflanzenabkochungen und animalen Auszügen, teils aus Bespritzungen mit verschiedenen Pflanzenölen. Die bettnässenden Kinder sollten vor dem Schlaf wenig essen, damit sie leichter schlafen, wenig trinken und die Blase entleeren. Sehr interessant aber ist sein Versuch, Pissträume zu beeinflussen. Kinder, die im Schlaf nassen, weil sie an einen zum Urinieren geeigneten Ort zu kommen glauben (z. B. Wildnis, W.C., Bedürfnisort in der Sahara), sollten sich bemühen, sich diese Orte auf eine andere Weise vorzustellen und sie durch Moscheen oder Häuser zu ersetzen. Wenn sie dann wieder von diesen Orten träumen, werden sie daran denken, dass sie sich anders als sonst verhalten sollten, und infolge der Verwandlung des Ortes werden sie den Harndrang zurückhalten und erwachen. — Da aber der «Pisstraum» durch die beginnende unfreiwillige Urinentleerung erst angeregt wird, dürfte eine solche Behandlung kaum nützen. Höchstens

kann der Bettnässer den beginnenden Harnabgang willkürlich unterbrechen (Uffenheimer).

Phaer *), ein englischer Arzt (1510—1560), hat die folgende Behandlung empfohlen: «Wenn der Patient dem Kindesalter entwachsen ist, ist es günstig, Metallplatten mit Löchern zu machen und sie häufig auf dem nackten Rücken liegen zu lassen.» Meines Erachtens kann diese Behandlung nützlich sein, insofern sie das ventrale Liegen während des Schlafes begünstigt, wodurch der Druck des sich ansammelnden Urins auf das empfindliche Trigonum vermindert wird. Darum wird das ventrale Liegen heute noch von einigen Aerzten vorgeschlagen.

Andere Therapien, die von Dr. Batty erwähnt und bis heute in englischen Dörfern angewandt werden, sind: die berühmte Löwenzahnblüte, in warmem Wasser getrunken, oder Tee, in dem eine Ratte gekocht wurde. Manchmal wird die Ratte abgehäutet, in einem Kuchen gebacken und so dem nichts ahnenden Kinde gegeben.

Die meisten alten Aerzte führen das Bettnässen auf defektive Zustände der Nieren, der Harnblase oder des Hodens zurück. Die alte Behandlung besteht hauptsächlich in Extrakten von verschiedenen tierischen Organen und Pflanzenabkochungen, die dem Patienten eingegeben werden.

Alle diese Methoden, besonders die Tierextrakt-Therapie, sind allmählich verschwunden und am Ende des 18. Jahrhunderts durch einigermaßen vernünftige, weniger grausame Behandlungen ersetzt worden. Heberden *) sagt in seinem Buche «Auszüge aus der Kinderheilkunde», 1807, über das Bettnässen: «Es pflegt sich besonders in der Nacht lästig bemerkbar zu machen. Bei einigen Patienten hält das Bettnässen während mehrerer Jahre an. Manchmal ist ein kaltes Bad nützlich, manchmal ein Zugpflaster, aufgelegt auf die Lenden-gegend. Häufig sind alle Therapien nutzlos.»

Von Beginn des 19. Jahrhunderts an hat die Medizin mehr Erfolg in der Behandlung des Leidens. Bretonneau *), ein Arzt, der in Tours lebte, hat als erster Belladonna angewandt. Es war aber Trousseau, der dieses Mittel zum ersten Mal mit Erfolg gegen das Bettnässen brauchte.

Obgleich der psychische Faktor im Mittelalter schon bekannt war und auch z. B. im «Ganymedes» angetönt wurde, spielte die psychologische Behandlung in all dieser Zeit keine wichtige Rolle. Erst mit dem Auftreten Freuds hat der psychische Faktor vermehrte Beachtung gefunden, und in der Folge sind dementsprechend verschiedene Theorien und Behandlungsmethoden entstanden. Die Psychoanalyse wurde erst ausschliesslich von Aerzten ausgeübt, später aber auch ausserhalb des medizinischen Gebietes angewandt. Das erklärt zum Teil die rein psychologischen Theorien, die nach Freud entstanden sind. **)

*) Nach Batty, *Enuresis or Bed-Wetting*.

**) *The Encyclopedia Americana*, volume 22, S. 732-37.

In unserer Zeit, kann man mit Dr. Bovet sagen, gibt es drei einander entgegengesetzte Grundhaltungen, welche von Aerzten und Erziehern eingenommen werden:

1. Diejenigen, welche noch unter dem Einfluss der materialistischen Tendenzen stehen, erklären, dass das Bettnässen einen körperlichen Grund habe, z. B. Syphilis; und wenn sie — wie meistens — diesen Grund nicht aufdecken können, beschuldigen sie die Erbsyphilis und nehmen damit eine nicht zu erobernde Stellung ein, da es natürlich nie möglich ist, das Gegenteil zu beweisen.
2. Diejenigen, welche in den Nachkriegsjahren in der blinden Annahme der psychoanalytischen Theorien ihre Befreiung und ihre Kraft gefunden haben, sind versucht, das Bettnässen von vornherein einer Neurose zuzuschreiben, welche sich durch Spannung oder Gefühlsschock entwickelt hat. Diese Neurose ist also unabhängig von jeder körperlichen Störung. Sie wird verursacht durch Wirkungen, welche unbewusst bleiben.
3. Diejenigen, welche die Bettnässer oft als unerzogene Kinder betrachten, behandeln sie in Uebereinstimmung mit dieser Meinung.

Von diesen drei Grundhaltungen stammen verschiedene Modifikationen ab, mit denen wir uns später beschäftigen werden.

Zweites Kapitel:

Anatomisch-physiologische Grundlagen

Bevor wir uns dem Bettnässerproblem selbst zuwenden, wollen wir als nötige Voraussetzung für das Verständnis des Leidens die anatomisch-physiologischen Grundlagen skizzieren.

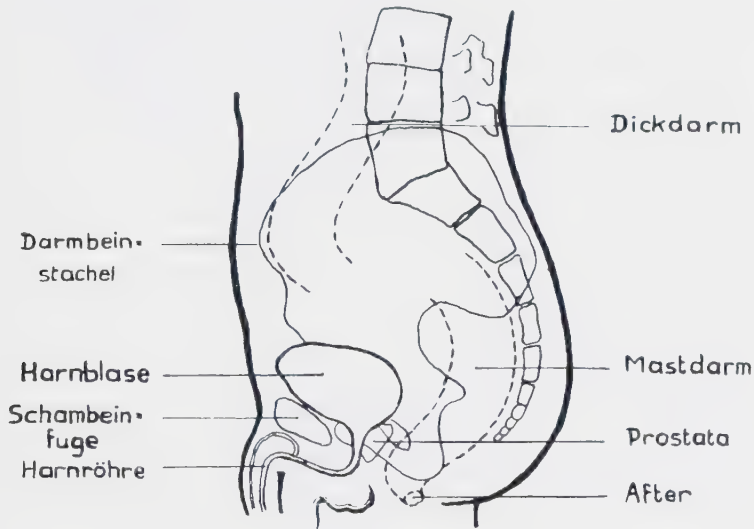


Fig. 1

Lage der Harnblase. (Nach Toldt: «Projektion der Brust- und Bauchorgane.»)

Die Blase ist einerseits Sammelgefäss für den Urin, der in den Nieren gebildet und durch die Harnleiter ihr zugeführt wird, anderseits dient sie der Entleerung des Urins nach aussen. Beim Neugeborenen ist das Organ spindelförmig. Die Detrusormuskulatur, die als Bestandteil der Blasenwand die ganze Blase umspannt, ist stark, der Schliessmuskel (Sphinkter) erscheint als hervorragender Ring. Die Blase des Säuglings liegt grösstenteils im grossen Becken.

Während des Wachstums senkt sich die Harnblase in das kleine Becken hinein. Die Blase des Neugeborenen ist besonders im untern Teil wenig entwickelt, so dass ein eigentlicher Blasengrund noch fehlt. Das Trigonum vesicae ist noch unentwickelt, steil gestellt und fügt sich in die hintere Blasenwand ein. Erst im zweiten Lebensjahr weitet sich die Blase zur endgültigen Form aus.

Nach McCrea enthält der Detrusor eine innere, geschlossene Ring- und eine äussere, nicht ganz geschlossene Längsschicht von glatter Muskulatur, und zu innerst, direkt unter der Schleimhaut, eine Schicht von unregelmässigen Längsfasern. Diese Schichten bilden in der Gegend des Blasenausganges einen unvollständigen Ring von glatter Muskulatur. Durch Faser- und Muskelzüge (Musc. pubovesicalis), die von diesem aus zum Schambein (os pubis) führen, wird der Blasengrund an letzterem fixiert. Weiter unten, in der Nähe dieses Ringes, findet man einen breiten, dichten, geschlossenen Ring von glatten und quergestreiften Muskelfasern, der in der Gegend der Mündung die Harnröhre umgibt und dort als innerer Schliessmuskel der Blase (M. sphincter vesicae internus) bezeichnet wird.

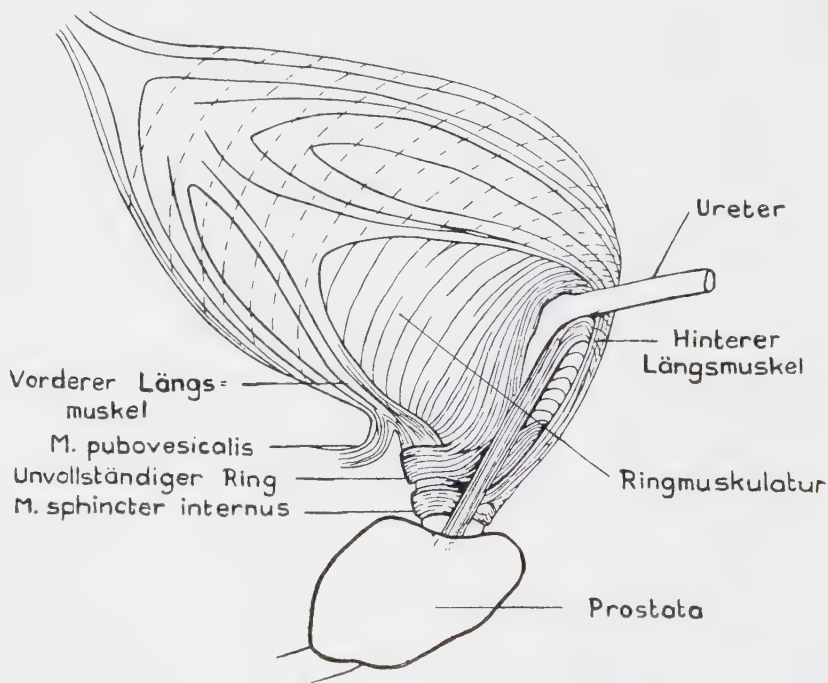


Fig. 2

Muskulatur der Blase. (Nach McCrea; in: Batty, Enuresis or Bed-Wetting.)

Einen Zoll weiter der Harnröhre zu, beim Manne nahe der Spitze der Vorsteherdrüse (Prostata), befindet sich neben glatter Muskulatur noch querge-

streifte, um den äusseren Schliessmuskel der Blase (*M. sphincter vesicae externus*) zu bilden. Äusserer und innerer Schliessmuskel funktionieren als Einheit zusammen. Auch bei der Frau ist die Harnröhre von glatter Muskulatur, die in Längs- und Querrichtung verläuft, umgeben. Ausser dieser glatten Muskulatur umschliessen quergestreifte, willkürliche Muskelfasern aus der Damm-Muskulatur (*M. obliquus perinei profundus*) die Harnröhre im oberen Abschnitt.

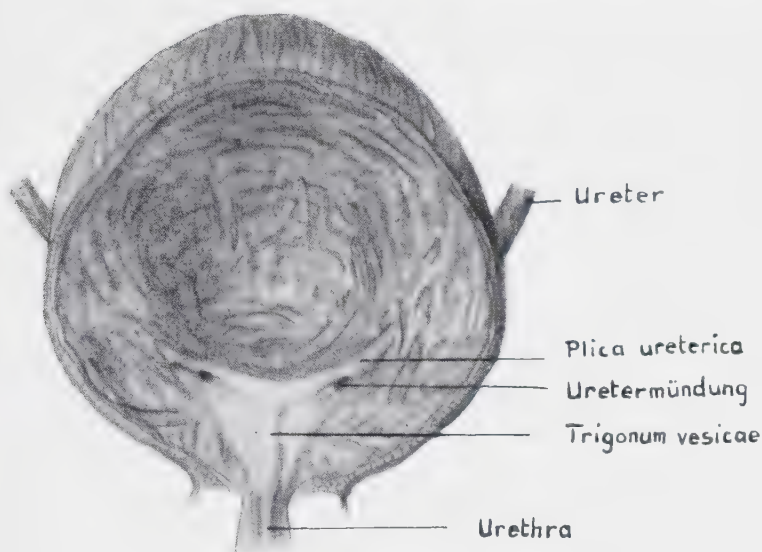


Fig. 3
Innenseite der Harnblase. (Nach Benninghoff.)

Die Muskulatur des Harnleiters (Ureter) bleibt innerhalb der Blasenwand selbständig und ist durch Längsfaserzüge charakterisiert. Sie durchbohrt in schräger Richtung die Muskelschichten der Harnblase, um sich endlich im Trigonum zu verlieren. Das Trigonum vesicae ist eine dreieckige, dünne Schicht, welche durch die Einmündungsstellen der beiden Ureteren und die Ausmündung der Harnröhre (Urethra) begrenzt wird. Von Bedeutung ist, dass das Trigonum vesicae quergestreifte Muskulatur enthält.

Es ist gerade diese quergestreifte Muskulatur im Trigonum und im Sphincter vesicae, die die Theorie der willkürlichen Harnverhaltung und -Entleerung begründet und die Vertretung in der Grosshirnrinde rechtfertigt. Nach Müller ist «kein eigentliches Blasenzentrum zu suchen, weil kein einziges inneres Organ eine eigene Vertretung hat». Das übergeordnete Zentrum in der Grosshirnrinde (oder «Ort», wie Dr. Christoffel es nennt) beherrscht die ganze Leistung der Harnverhaltung oder -Entleerung, d. h. es koordiniert alle dazu gehörigen Einzelvorgänge. Es beeinflusst die Blasenmuskulatur nicht direkt, sondern indem

es die Bereitschaft der reflektorischen Zentren im Lumbosakralmark hemmt oder fördert.

Der ganze Vorgang der Harnbildung und des Harntransportes in die Blase kommt nicht in den Kreis unseres Bewusstseins, während der Entleerungsprozess teils willkürlich, teils unwillkürlich ist und drei Arten von Nerven untersteht:

1. In der Blasenwandung sind zahlreiche Gruppen von Ganglienzellen, d. h. selbständig und automatisch arbeitende Nervenzellen nachgewiesen worden.
2. Zweitens ist die Blase vom Zentralnervensystem aus durch vegetative Nerven unwillkürlich beeinflusst. Die vegetative oder autonome Blaseninnervation erfolgt durch einen sympathischen und einen parasympathischen Nerv, die einander entgegenwirken. Das sympathische Zentrum der Harnblase wird repräsentiert durch Ganglien des sympathischen Grenzstrangs, welche in Höhe der oberen Lendenwirbel liegen und mit den Rückenmarkszentren durch feine Äste (Rami communicantes) in Verbindung stehen, während das parasympathische Zentrum im Sakralmark (S_2 — S_5) liegt. Der sympathische Nerv (Nervus hypogastricus) geht über den Plexus pelvici, bewirkt Verschluss des Sphinkters und Erschlaffung des Detrusors und verursacht somit Harnverhaltung. Der im Sakralmark entspringende parasympathische Nerv (N. pelvici s. erigens) bewirkt Öffnung des inneren Ringmuskels und Kontraktion des Detrusors, führt also zur Harnentleerung. Das übergeordnete autonome Zentrum befindet sich im Subthalamus (siehe Fig. 4).

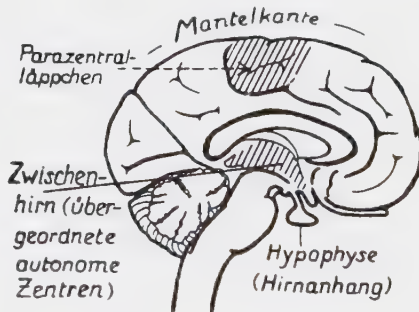


Fig. 4

Zentren der Blaseninnervation. (Nach Christoffel, Trieb und Kultur.)

3. Drittens kann durch das cerebrospinale oder animale System ein willentlicher Einfluss ausgeübt werden. «Als Ort bewusster Empfindung und Ausgang willentlicher Regulierung der Blasentätigkeit hat die Hirnrinde und zwar am Ort des Zentralnebenläppchens, des Lobulus paracentralis zu gelten» (Christoffel). Die Leitung der cerebrospinalen Erregung er-

folgt über den Schammerv (N. pudendus). Dieser bewirkt Verschluss des äussern Blasenmuskels.

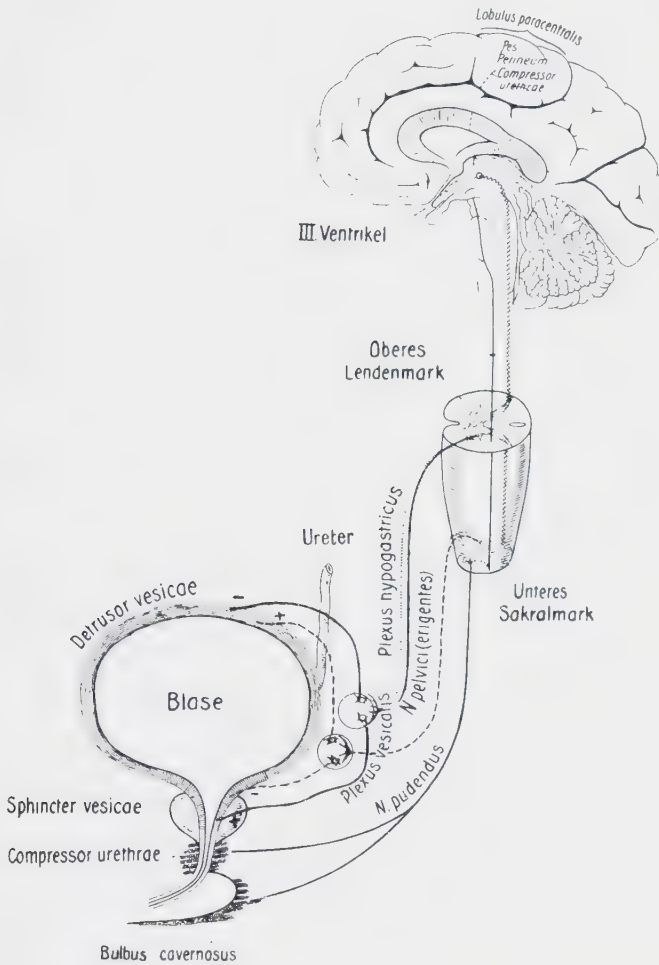


Fig. 5

Schema der Blaseninnervation. (Nach L. R. Müller.)

Dr. R. Batty unterscheidet zwei Arten des Entleerungsprozesses:

- I. Reflex-Entleerung,
- II. Willkürliche Entleerung, a) nach Bedürfnis,
b) ohne Bedürfnis.

I. Rein reflektorische Entleerung: Sie ist die gewöhnliche Art der Entleerung vor dem zweiten Lebensjahr. Doppelte Hirnverletzung, Rückenmarks-

verletzung oberhalb des vierten Sakralsegmentes führen auch zu automatischer Entleerung. Durch Tierversuch haben Fearnside und Barrington folgende Phasen beobachtet, die vermutlich auch für Menschen gelten:

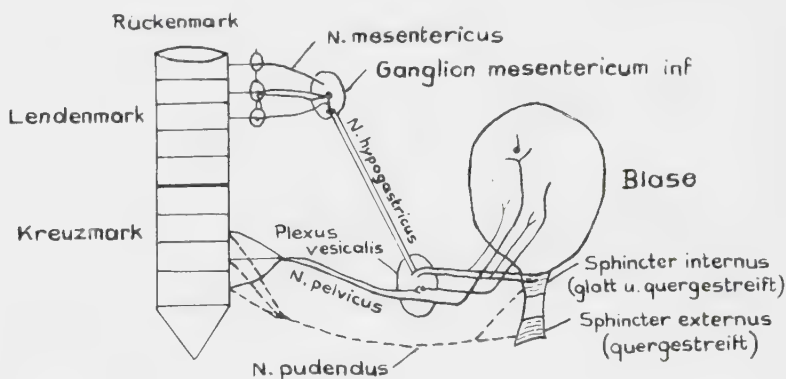


Fig. 6

Innervation der Harnblase. (Nach Helmut Dennig; in: Batty, Enuresis or Bed-Wetting.)

1. Gradweise Ausdehnung der Harnblase durch den Urin.
2. Sensible Impulse werden von der ausgedehnten Blase durch den N. pelviciis übertragen.
3. Motorische Impulse durch den N. pelviciis zur Blasenmuskulatur.
4. Erschlaffung des Sphincter vesicae via Nervi pudendales und pelvici. Öffnen des Sphincter vesicae. Die Harnblase beginnt sich zu entleeren.
5. Eintritt des Harns in den hintern Teil der Urethra, was eine weitere Erschlaffung von Urethra und Sphinkter verursacht. Dieser Reflex wird von den N. pudendales übertragen. Der hintere Teil der Urethra wird durch den Harn ausgedehnt.
6. Die Blase kontrahiert sich durch Innervation via N. pelviciis, pudendus und hypogastricus.
7. Ununterbrochene Ausstossung des Urins: Verschluss des Sphinkters und Erschlaffung des Detrusors.
8. Die Harnröhre wird durch Zusammenziehen der quergestreiften Muskulatur, die sie umgibt, entleert.

(Obige Anordnung wurde von Dr. Batty nach Mc Crea zitiert.)

Unwillkürliche Kontraktion der Harnblase hängt nicht nur von einem bestimmten Füllungszustand derselben ab, sondern bei Kälte, psychischer Erregung, Angst, Freude usw. meldet sich der Harndrang schon bei geringem Füllungsgrad der Harnblase und bewirkt Blasenkontraktion. Woher kommen diese Impulse? Antwort: Aus dem subthalamischen vegetativen Zentrum. «Sicherlich ist das subthalamische vegetative Zentrum auch der Ort, über welchen die

Stimmungen einen Einfluss auf die Blasentätigkeit haben» (Müller). Beim normalen Kind werden diese Impulse, dieser entstehende Harndrang durch Kontrolle der Hirnrinde beherrscht und unterdrückt, während sie beim enuretischen Kind unter dem Einfluss von psychischen und physiologischen Reizen (besonders Phimose, Darmwürmer, Spina bifida) eine starke Wirkung haben. Die subcorticalen Zentren gewinnen die Oberhand, und infolgedessen nässt das Kind ein.

II. a) Willkürliche Entleerung nach Bedürfnis: Dieser Reflex wurde von dem der willkürlichen Harnverhaltung modifiziert. «Das Gesamtfassungsvermögen der Harnblase wächst sich von $\frac{1}{2}$ Deziliter beim Neugeborenen zu 1 Liter beim Zwölf- bis Dreizehnjährigen bis zu ungefähr $1\frac{1}{2}$ Liter beim Erwachsenen aus» (Christoffel). Schon Teilfüllungen von 3—5 Deziliter (Presung 15—20 cm Wasser) können (nach Christoffel) Harnreiz auslösen. Bei Kindern unter zwei Jahren wird die Blase automatisch entleert. Bei älteren Kindern erfolgt Harnverhaltung durch willkürliche Innervation des quergestreiften M. sphincter externus über den spinalen N. pudendus und Entspannung des Detrusors. Spürt das Kind nach einiger Zeit erneuten Harndrang, so kann es ihn in gleicher Weise zum Verschwinden bringen.

Zwischen Harnreiz und Entleerung gibt es beim normalen Menschen eine Pause, die ihm erlaubt, einen geeigneten Ort für die willkürliche Entleerung aufzusuchen. Die Länge dieser Pause hängt von der Irritabilität der Blase und vom Grad der Füllung ab. Im Angstzustand hat man oft keine Energie mehr, um die Spannkraft (Tonus) der quergestreiften Sphinktermuskulatur für längere Zeit zu erhalten, sodass diese nicht genug Kraft hat, der starken Kontraktion des Detrusors entgegenzuarbeiten. Einige Enuretiker klagen deshalb über die kurze Zeit zwischen Harndrang und Entleerung.

b) Willkürliche Entleerung ohne Bedürfnis: Der normale Erwachsene kann seine Blase auch bei geringer Füllung entleeren. Nach Dr. Christoffel pflegt das willkürliche «Ausstossen des Urins von ebenfalls willkürlicher Innervation unterstehenden, langsam rhythmischen Zusammenziehungen der um die Harnröhre gruppierten Schleudermuskeln begleitet, sowie durch Einziehen des Bauches, die sogenannte Bauchpresse, beschleunigt zu werden». Jede Beeinträchtigung oder Unterentwicklung der Hirnrindenzentren für die Blasentätigkeit, jede Störung der verschiedenen zum Lumbalmark führenden Bahnen des Zentralnervensystems verursacht den Verlust des Harndranggefühls. Gleichzeitig ist die willkürliche Beeinflussung der Harnentleerung aufgehoben, und diese erfolgt rein reflektorisch.

Beim Säugling und bei hochgradig Geistesschwachen erfolgt unwillkürlich Harnentleerung. Die Unterentwicklung der verschiedenen spinalen und cerebralen Tractus ist dafür verantwortlich. — Die pathologischen Umstände, die zur Blasenirritabilität führen, erschweren den willkürlichen Entleerungsreflex, verursachen aber nicht unbedingt rein automatische Harnentleerung.

Drittes Kapitel:

Ursachen des Bettnässens

Begriffsbestimmung: Inkontinenz und Enuresis

Wenn wir uns die Entstehung des Bettnässens zu erklären suchen wollen, so müssen wir uns mit allen Faktoren, die dabei eine Rolle spielen, beschäftigen. Wenden wir uns zunächst der Literatur über dieses Leiden zu, das sowohl als rein organischen wie auch als rein psychischen Ursprungs betrachtet wird, so stossen wir je nachdem auf den Begriff *Inkontinenz* oder *Enuresis*. Doch sind diese Begriffe — wie auch die organischen und psychischen Ursachen des Leidens — nicht immer leicht auseinanderzuhalten; denn die Erklärungen, die von verschiedenen Autoren und Wörterbüchern gegeben werden, decken sich nicht in allen Teilen. Manchmal wird sogar die gleiche Bezeichnung für beide Begriffe gebraucht. So definiert Dr. Paul Schobers Deutsches medizinisches Wörterbuch folgendermassen: *Enuresis* ganz allgemein unfreiwilliger Harnabgang; *Incontinentia*.

Wenn wir unter dem *Bettnässen* die Tatsache verstehen, *dass* eingenässt wird, dann ist das so umschriebene Bettnässen ein kompliziertes Problem, da es sich sowohl in der physischen wie auch in der psychischen Ebene Ausdruck gibt. Wir wollen im Folgenden versuchen, den Ausdruck *Inkontinenz* nur da zu gebrauchen, wo das Bettnässen organisch verursacht ist. Von *Enuresis* aber sprechen wir dann, wenn die primäre Ursache im Seelischen liegt. Es ist möglich, dass ein Patient mit *Inkontinenz*, dessen Krankheit also organisch bedingt ist, durch die Einflüsse der Umgebung krankhafte psychische Aeusserungen aufweist, welche in diesem Fall Folge- oder unabhängige Nebenerscheinungen, nicht aber der Grund des Bettnässens sind; ebenso kann anderseits auch *Enuresis* mit organischen Leiden zusammenfallen.

So stehen wir — wie das gelegentlich in der Krankheitslehre der Fall sein kann — der Schwierigkeit gegenüber, zu unterscheiden zwischen schweren, für *Inkontinenz* ausschlaggebenden organischen Ursachen und weniger schweren Erscheinungen, die mit *Enuresis* verknüpft sein können, ohne deren eigentliche Ursache zu sein.

Wir stellen uns im Folgenden die Aufgabe, an den einzelnen Formen des Bettnässens Inkontinenz von Enuresis abzugrenzen, damit wir ein besseres Verständnis für die Enuresis gewinnen können. — Ausser dem Unterschied der Ursachen besteht auch ein solcher in der Form der Entleerung, wie dies im Amerikanischen illustrierten Wörterbuch dargestellt ist. Enuresis wird als unwillkürlicher Harnstrahl, Incontinentia urinæ als konstantes unwillkürliches Harnträufeln bezeichnet.

Ueber Beeinträchtigungen der Rückenmarksfunktionen, die zu *Inkontinenz* Anlass geben, berichtet L. R. Müller folgendes: «Am reinsten kommt die automatische Blase zum Ausdruck bei Rückenmarksschädigungen, welche die spinalen Blasenzentren unversehrt gelassen haben. Zerstörungen des Entleerungszentrums im untern Kreuzmark gehen zuweilen mit langandauernder Retention einher; schliesslich kommt es aber auch dann zu sehr häufigen automatischen Entleerungen oder es tritt echte Blasenlähmung auf. Dieser Zustand kennzeichnet sich durch die Möglichkeit, die Blase auszudrücken, durch Urinabgang beim Husten, beim Gehen oder auch durch tropfenweises Ueberlaufen der vollen Blase im Liegen... Zerstörungen des Hemmungszentrums im Lumbalmark führen zu einem Ueberwiegen der vom sakralen Zentrum ausgelösten Entleerungsreize... Dadurch wird es unmöglich, den Harn bei eintretendem Bedürfnis zurückzuhalten.»

Neben diesen Störungen des Zentralnervensystems sowie Tabes (Rückenmarksschwindsucht) und progressiver Paralyse (Gehirnerweichung) sind nach Christoffel auch die seltene Hirnentzündung nach Pockenimpfung (Impfenzephalitis) sowohl als die angeborenen falschen Harnwege und solche, die durch Verletzungen während der Geburt (z. B. mittels Geburtszange) entstanden sind, zu berücksichtigen. Als eine solche nennt er Blasenschliessmuskelschädigung, die oft mit dem Vorfall der vorderen Scheidenwand verbunden ist und zu stossweisem unwillkürlichem Urinabgang bei irgendwelcher Pressung führt; weiter entzündliche Schliessmuskelschädigung bei Blasentuberkulose und Geschwür der sogenannten Schrammschen Spalte. Dass das durch Blasentuberkulose verursachte Bettnässen als Inkontinenz betrachtet werden muss, ist selbstverständlich. Kovats spricht von Enuresis (hier wäre die Bezeichnung «Inkontinenz» besser angebracht) in Zusammenhang mit Tuberkulose, wobei sie als Intoxikationserscheinung betrachtet wird. Sie ist oft ein sehr frühes Symptom der Tuberkulose und verschwindet nach Behandlung mit Spenglers Immunkörper.

Inwiefern kann das Bettnässen durch organische Faktoren bedingt sein?

Wenn wir uns mit dem *Bettnässen beim Epileptiker* beschäftigen, so finden wir es schwierig festzustellen, ob es als Enuresis oder Inkontinenz zu bezeich-

nen sei. Nach der Form der Entleerung ist die Benennung Enuresis berechtigt; aber da die Grundursache eine Gehirnstörung ist, könnte man auch von Inkontinenz sprechen, welche Bezeichnung nach der Ansicht von Christoffel die richtige ist. Düring sagt, das Bettnässen bei Epilepsie sei einer erzieherischen Behandlung nicht zugänglich, da es organisch bedingt sei.

Nun wäre es interessant zu wissen, ob hier die erzieherische Frage wirklich keine Rolle spielt. Da die Anfälle das wesentliche Merkmal der epileptischen Gehirnstörung sind, welche für das Bettnässen verantwortlich sein soll, sollte man ihre Beziehung zum Bettnässen untersuchen. Es wären dabei folgende Fragen zu prüfen:

1. Man sagt, dass epileptische Harninkontinenz «ein öfteres, aber nicht regelmässiges Symptom des grossen Anfalls» sei. Gibt es dann einen wesentlichen Unterschied zwischen den Epileptikern, die während des Anfalls nässen, und jenen, die keinen unwillkürlichen Harnabgang haben? Beruht dieser Unterschied auf strenger Reinlichkeitsgewöhnung im Kindesalter, auf psychischen Faktoren oder auf dem Wasserinhalt der Blase? — Ich habe über 50 elektrische Schocks beobachtet, aber Einnässen ist dabei kein einziges Mal vorgekommen. Ist das vielleicht so, weil die Patienten nüchtern sind, oder liegt die Ursache darin, dass der Anfall künstlich erzeugt wurde?
2. Kommt die Harninkontinenz beim kindlichen Epileptiker, wo die Gewohnheit noch nicht so ausgeprägt ist, häufiger vor als bei Erwachsenen? Es wäre interessant, die Disposition auf verschiedenen Altersstufen zu prüfen.
3. Ist die Harninkontinenz während des grossen Anfalls ein regelmässiges Symptom des epileptischen Bettnässers?
4. Wie steht es mit epileptischen Bettnässern, die von der Enuresis geheilt wurden? Nässen sie während des grossen Anfalls noch ein?
5. Findet man während des grossen Anfalls bei kontinenten Epileptikern, dass Flüssigkeiten auf einem andern Weg ausgesondert werden, z. B. Schweiss, Tränen, Erbrechen?
6. Ist das Bettnässen durch die Epilepsie bedingt, d. h. wird die Heilung der Epilepsie auch das Bettnässen zum Verschwinden bringen?

Nun habe ich auf einige dieser Fragen Antwort bekommen von Dr. Christoffel und vom Leiter der Anstalt für Epileptische in Zürich, Dr. Braun. Zu Frage 1: Das Einnässen während des grossen Anfalls ist nicht ein regelmässiges Symptom bei epileptischen Bettnässern. Zweitens: Das Einnässen während des grossen Anfalls erfolgt vorwiegend im Kindesalter. Drittens: Epileptiker, die nie Bett-nässer gewesen sind, können während des grossen Anfalls Urin unter sich lassen.

- Aus diesen Antworten kann man folgenden Schluss ziehen: Dass Epileptiker, die nicht Bett-nässer gewesen waren, während des Anfalls einnässen können, ist

ein Beweis dafür, dass das Einnässen während des Anfalls erzieherisch nicht zu beeinflussen ist. Die Tatsache aber, dass Inkontinenz während des grossen Anfalls vorwiegend im Kindesalter auftritt und kein regelmässiges Symptom der epileptischen Bettnässer ist, mag darauf hinweisen, dass diese der Behandlung während der von Anfällen freien Zeit zugänglich sind. Man dürfte wohl sagen, dass beim Epileptiker das Nässen während des Anfalls als Inkontinenz und das sonstige Einnässen als Enuresis betrachtet werden kann.

Zunächst werden wir nun auf andere organische Faktoren eingehen und sehen, in welcher Beziehung sie zur Enuresis stehen können.

Schwachsinn. Als einen völlig ausreichenden Grund für das Bettnässen erwähnt Düring Schwachsinn in verschiedenen Graden, besonders Idiotie und Imbecillität. In schweren Fällen von Idiotie ist das Bettnässen ein immer begleitendes Symptom. Es handelt sich um eine Degenerationserscheinung. In den leichteren Graden ist der Schwachsinn kein völlig ausreichender Grund, keine alleinige Ursache für das Bettnässen.

Frau Loosli hat ganz besonders das Problem Schwachsinn und Enuresis untersucht und die höchste Prozentzahl von Bettnässern in zwei Anstalten für nicht schwachsinnige Knaben gefunden. Die Untersuchungen ergeben einen Prozentsatz schwachsinniger Nässer, der niedriger ist als in etlichen Anstalten für bezüglich der Intelligenz Normale. Sie sagt, das «der Schwachsinn, vorausgesetzt, dass er nicht sehr stark ist, die Heilung der Enuresis nicht hindert.» Leo Kanner sagt, Schwachsinn sei kein Synonym für mangelnde Kapazität des Lernens eines Dressuraktes. Es gebe viele Imbecille, die kein Enuresisproblem darstellen.

Die Tatsache, dass die Untersuchungen von Mme Schachter und Mlle Cotte in den beiden Gruppen der «énurétiques actuels» und der «énurétiques anciens» einen höheren Prozentsatz von «arrière grave» als «arrière légère» ergaben, — wie auch die Resultate anderer Untersuchungen — bedeutet nicht, dass in der Reinlichkeitserziehung die intellektuelle Seite eine grössere Rolle spielt als die gefühlsmässige, sondern dass beim hochgradig imbecillen Kind die affektiven Beziehungen stärker erschwert sind als beim leichtgradigen, das sich einigermaßen in die Umwelt einpassen kann.

Schlaf tiefe. Inbezug auf abnorme Schlaf tiefe haben wir verschiedene Ansichten. Es gibt Aerzte wie Pototzky, Batty, Düring und Foher,*) die behaupten, dass Schlaf tiefe für das Bettnässen verantwortlich sei. Pototzky sagt,

*) Nach Dietel, Das Bettnässen, seine Ursachen und Vorschläge zu seiner Behandlung.

er könne nicht übereinstimmen mit den Autoren, welche die Beziehung zwischen Enuresis und Schlaftiefe leugnen; Batty stellt fest, dass Schlaftiefe eine Ursache des Bettnässens sei. *) Dietel nimmt eine mittlere Stellung ein und gibt zu, dass für einen Teil der Enuresisfälle Schlaftiefe verantwortlich sei. «Die Schlaftiefe darf jedoch nicht als unerlässliche Voraussetzung für das nächtliche Einnässen hingestellt werden... Man muss nach all diesem der abnormen Schlaftiefe, sofern sie im einzelnen Fall vorhanden ist, eine unterstützende Rolle im Zustandekommen der Einnässungen zubilligen.» Auf der andern Seite haben wir Aerzte wie Uffenheimer, Christoffel, Feer und Koegel, die Schlaftiefe als Ursache stark ablehnen. Uffenheimer sagt: «Neuere klinische Untersuchungen haben erwiesen, dass die Bettnässer sich tatsächlich in Bezug auf ihre Schlaftiefe von anderen Kindern nicht unterscheiden lassen.» Christoffel erklärt, was für die Narkose gilt, gelte auch für den Schlaf: Er schaltet den Harnreiz umso mehr aus, je tiefer er ist. Die Enuresis ist durch Schlaftiefe verummöglicht. Feer bezeichnet die These vom Tiefschlaf als wissenschaftlichen Aberglauben. — Professor Lutz erzählte in einer Vorlesung von einem Mädchen, das infolge eines Schädelbruches drei Tage in Ohnmacht gelegen habe, ohne dass es das Bett nässe.

Es wird vielleicht die Frage aufsteigen, wenn die Schlaftiefe nicht verantwortlich sei, warum dann die Epileptiker im grossen Anfall einnässen, nicht aber Hysteriker in ihren Anfällen. Man hat die epileptischen Anfälle untersucht, und gefunden, dass die epileptische Harninkontinenz in der klonischen Zuckungsphase auftritt und nicht in der tiefen Bewusstlosigkeit. Bei hysterischen Anfällen handelt es sich um Erscheinungen, die nicht mit völligem Bewusstseinsverlust einhergehen; der Hysteriker weiss während des Anfalls mehr oder weniger, um was es geht.

Ich schliesse mich jener Meinung an, die die Schlaftiefe als Ursache verneint, würde aber sagen, dass ein gewisser Grad des Schlafes ein begünstigender Faktor für das Leiden sei — ein Grad, der nicht so tief ist, um den Harnreiz auszuschalten, jedoch auch nicht leicht genug, um die völlige Kontrolle des Gehirns über die Reflexe zu ermöglichen. Diese Ansicht kann gestützt werden erstens durch die Tatsache, dass Kinder die Reinlichkeitsgewöhnung zuerst während des Tages erlangen und erst später nachts trocken bleiben können;

*) Zur Herabsetzung der nächtlichen Schlaftiefe empfiehlt Pototzky, die Kinder zu einem ausgedehnten Mittagsschlaf ins Bett zu legen. Der Nachtschlaf wird dadurch leichter, und so wird die Störung günstig beeinflusst. — «Therapeutisch ist gerade bei diesen Kindern darauf zu achten, dass sie beim Aufnehmen richtig geweckt werden. Diese Kinder müssen, nachdem sie geweckt worden, soweit ermuntert werden, dass sie in völlig wachem Zustand aus dem Bett steigen und nach dem Wasserlassen selbständig ohne Unterstützung wieder hineinsteigen.» — Zur weiteren Unterstützung der Therapie wird auch Campher empfohlen zur Herabsetzung der Schlaftiefe.

Die Autoren, welche glauben, dass im tiefen Schlaf nicht genässt wird, gehen anders vor. Sie versuchen, durch psychische Behandlung oder Medikamente den Schlaf zu vertiefen. Als Medikament empfiehlt Dr. Koegel Luminaletten, um auf diese Weise einen ruhigen Schlaf zu erzielen.

zweitens durch statistische Untersuchungen, die ergeben haben, dass die Zahl der Fälle von Enuresis nocturna diejenige der Enuresis diurna überwiegt. Zur weiteren Unterstützung dieser Behauptung kann die erfolgreiche — aber dennoch nicht zu empfehlende — Behandlung durch Medikamente dienen, die entweder den Schlaf zu vertiefen (Luminal, Prominal, Barbitursäure) oder ihn leicht zu machen suchen, sodass der Patient völlig erwacht, wenn der Harn-drang sich meldet. Solche Weckreizmedikamente sind Ephedrine und Benz-drine.

Ein anderer physischer Faktor, der für das Bettnässen verantwortlich gemacht wird, sind *Würmer*. Batty sagt jedoch, dass nicht unbedingt jeder Patient, der an Würmern leidet, ein Bettnässer ist. Wenn ein Kind mit diesen Schmarotzern belastet ist, werden gewöhnlich auch andere Glieder der Familie mit Würmern infiziert, bleiben aber frei von Enuresis. Die Beziehung zwischen Enuresis und Würmern erklärt Batty folgendermassen: Die weiblichen Würmer kriechen aus dem Anus über die Haut des Gesässes und gelangen manchmal in die Vagina. Die Irritabilität, die dadurch verursacht wird, führt zu zuckenden Bewegungen der Gesäss- und Analmuskeln, die auf Grund der anatomischen Approximität eine Auswirkung auf die Blasenkontraktion haben. Er erzählt von einem 3 $\frac{1}{2}$ -jährigen Kind, das an Würmern und Mandelanschwellung erkrankt war und trotzdem von Enuresis geheilt wurde, bevor man die Würmer extrahieren konnte. Die Behandlung bestand in regelmässigem Wecken des Kindes zwischen neun und zehn Uhr, bis es selbst fähig war, nachts allein aufzustehen, um Harn zu lösen. In den folgenden Monaten erschienen die Würmer von Zeit zu Zeit in seinem Kot, aber das Kind blieb trocken, obgleich das häufige Harnen und die Dringlichkeit weiter bestanden, bis die Würmer endlich entfernt wurden. — Als Gegenbeispiel berichtet Batty von einem 5 $\frac{1}{2}$ -jährigen Mädchen, das trotz Extraktion der Würmer und Mandeloperation noch das Bett nässte.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Würmer keine eigentliche Ursache des Bettnässens, sondern einen begünstigenden Faktor darstellen.

Die *Kälte* wurde von vielen Autoren als ein entscheidender Faktor angegeben. Dr. Rudolf Chwalla geht von der Behauptung aus, dass Enuresis und Blasenreizung eng miteinander verwandt sind, und dass die häufigste Form der Blasenreizung in der sogenannten Kaltfussdysurie, d. h. in den durch chronisch kalte Füsse verursachten Harnbeschwerden zu finden sei. Ein zweiter Teil seiner Patienten war charakterisiert durch kalte Extremitäten: ein dritter

Teil litt an einer allgemeinen, den ganzen Körper betreffenden Störung der Wärmeregulation. Chwalla betont den Erblichkeitsfaktor der Blasenreizung, die er bei mehreren Mitgliedern einer Familie beobachten konnte, und sagt, dass gewöhnlich kalte Füße mitvererbt seien. Diese können zu reflektorischen Fernwirkungen wie eben Blasenreizung führen. «Der afferente Reiz liegt in peripheren, endo- oder exogenen Kältereizen, die von den Kälterezeptoren der Haut dem hypothalamischen Blasenzentrum zugeleitet werden oder von dem hypothalamischen Wärmeregulationszentrum auf das für die Blase überspringen.»

Dr. P. Karger sagt, Erkältung spiele eine bedeutende Rolle bei der Pollakisurie, komme aber höchstens als auslösende Ursache für das Bettnässen bei recht sensiblen und anfälligen Kindern in Frage.

Batty erklärt, dass die Kälte des Winters infolge einer verminderten Schweissabsonderung und vermehrten Sekretion von Urin der schon leicht gereizten Blase eine erschwerte Aufgabe stelle, und dass der Winter die Kontrollzeit für die Heilung des Bettnässens sei: Kein Bettnässer, der nicht während eines Winters trocken bleibt, soll als geheilt betrachtet werden.

Für Uffenheimer gilt die Kälte nicht als Ursache. Die Kälte kann grössere Erregung verursachen, starken Urindrang bewirken, aber nur bei dem hierzu Disponierten zum Einnässen führen.

Die Kälte ist keine wirkliche Ursache, aber ein begünstigender Nährboden für das Bettnässen. Von grösserer Bedeutung ist die Kälte der Umwelt — die kalte, eisige Einstellung der Umgebung zum Bettnässer, wovon später noch die Rede sein wird.

Spina bifida wurde von vielen Autoren als häufige Ursache erwähnt. Thomas Smith ist geneigt, die mit *Spina bifida* verknüpfte Enuresis als Inkontinenz zu bezeichnen. Neuere klinische Untersuchungen haben aber bewiesen, dass *Spina bifida* keine bedeutende Rolle in der Aetiologie des Bettnässens spielt. Dr. Braun erzählt von einem Knaben, bei dem eine Wirbelspaltung festgestellt wurde und der in der Anstaltspflege gute Fortschritte machte, der aber, sobald er wieder zuhause bei der ängstlichen, zu sehr besorgten Mutter war, wieder zu nässen begann. Batty hat eine geringere Anzahl Fälle von Bettnässen mit *Spina bifida* behandelt; diese Patienten wurden von ihrem Leiden befreit, ohne dass man zur Operation griff. Leo Kanner berichtet, dass *Spina bifida* bei den von ihm untersuchten Kindern sehr selten sei (1,5 %). Er erzählt von zwei Kindern derselben Familie, von denen das eine *Spina bifida* und keine Enuresis hatte, das andere an Enuresis, aber nicht an *Spina bifida* litt. Weiter erwähnt er auch, dass ein sechsjähriges Mädchen, bei dem alle Sakralsegmente offen lagen, die Blasenfunktion beherrschte. Er kommt zum Schluss, dass *Spina bifida* für

diese Schwäche nicht beschuldigt werden kann. Auch in unserer Klinik waren die Resultate inbezug auf Spina bifida negativ. — P. R. Bize sagt, dass nicht unbedingt eine Beziehung zwischen Enuresis und Spina bifida bestehen müsse, denn: Erstens zeigten bei 15 Fällen von Enuresis in der Röntgenuntersuchung nur neun eine bestimmte Assoziation mit Spina bifida. Zweitens können defektive Knochenbildungen der Lumbosakralsegmente, manchmal sehr ausgesprochen, ohne Enuresis vorkommen. Und drittens: Von neun Fällen Spina cystica oder tumoralis, die von Leveuf operiert wurden, zeigten drei symptomatisch Incontinentia nocturna und diurna, während die sechs anderen völlig frei von

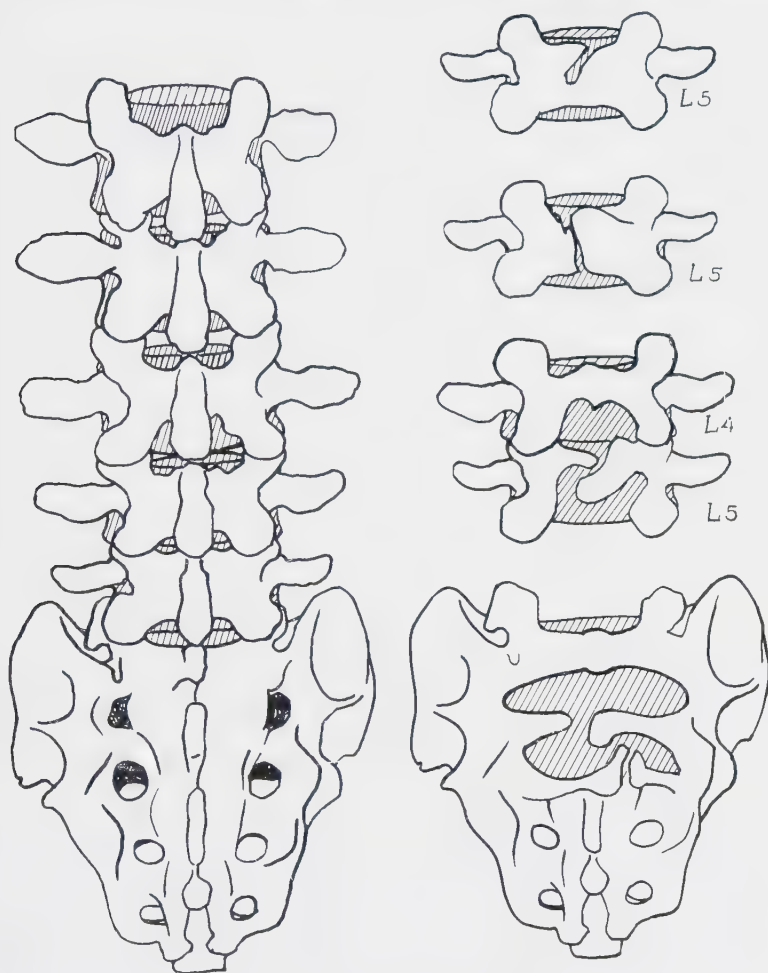


Fig. 7

Links normales Kreuz mit den fünf Lendenwirbeln. Rechts Beispiele von Varietäten unvollkommenen Wirbelbogenverschlusses «Spina bifida occulta». (Aus: Christoffel, Trieb und Kultur. Band VII der Sammlung «Psychohygiene, Wissenschaft und Praxis.» 1944. Benno Schwabe & Co., Basel.)

Enuresis waren, trotzdem noch ein pathologisches Zeichen im benachbarten metameren Gebiet vorhanden war. Die Patienten, die mit Spina bifida belastet sind, können von Enuresis befreit werden, sei es von sich aus oder durch Therapien, die nichts mit Spina bifida zu tun haben. Bize schliesst also auf die Notwendigkeit einer grossen Vorsicht in der Bewertung der Kausalitätsbeziehung zwischen koexistenter Enuresis und Spina bifida.

Man hat nicht nur die Spina bifida als Ursache der Enuresis abgelehnt, sondern es haben viele Aerzte bewiesen, dass Myelodysplasie (eine Fehlbildung des untersten Rückenmarks) und sogenannte Spina bifida occulta (nicht zum geschlossenen Ring vereinigte Wirbelbogen, besonders in der Lenden- und Kreuzbeingegend) bei Normalen nicht selten sind. Professor Schinz, Baensch, Friedl und andere haben festgestellt, dass solche Spaltbildungen mindestens während der ersten acht Lebensjahre die Regel und keine Ausnahme darstellen, und dass auch bei 15 % der Erwachsenen solche Wirbelsäulenvarietäten vorkommen.*) Man sieht, wie unberechtigt die Behauptung von Thomas Smith ist, wenn er Spina bifida als Ursache der Inkontinenz bezeichnet, und wie berechtigt die Aussage Homburgers,*) welcher Spina bifida als Grund der Enuresis für Aberglauben hält und Aerzte, die daran glauben, Selbstbetrüger nennt.

Mandel- und Drüsenerkrankungen. Da Mandel- und Drüsenerkrankungen öfters bei Enuretikern auftreten, hat man versucht, beide Krankheiten in ursächlichen Zusammenhang zu bringen. Verschiedene moderne Autoren vertreten folgende Theorie: Die Mandelkranken leiden an behinderter Luftzufuhr, was zu erhöhtem CO_2 -Gehalt des Blutes führen und infolgedessen den Schlaf auf eine abnorme Weise so vertiefen kann, dass der Harndrang nicht gespürt wird. Batty fand bei 75 % der Enuretiker Mandelerkrankungen und hat die Entfernung der Mandeln empfohlen, besonders bei Patienten, die sehr tief schlafen und schnarchen. Jean Delacrétaz ist der Meinung, dass die Mandeln, insofern sie auf diesem Umweg vertieften Schlaf hervorrufen, als begünstigende Ursache gelten können. — Da aber abnorme Schlaftiefe, wie schon gesagt, keine Beziehung zur Enuresis hat, ist diese Theorie ohne Bedeutung.

Andere Autoren, z. B. Fischer,**) führen Enuresis auf dauernd geschwollene Mandeln zurück, die eine Reflexwirkung vom Rachen aus auf die Blasenzentren und -Nerven haben, geben aber keinen Beweis dafür.

Es gibt allerdings viele Mandelleidende ohne Enuresis. Auch wirkt die Entfernung der Mandeln nicht immer günstig. Man kann daher dieselben nicht als alleinige Ursache betrachten. Meines Erachtens aber bedeuten Mandelstörungen einen begünstigenden Faktor insofern als die Kranken wegen erschwelter Luft-

*) Nach Christoffel, Trieb und Kultur.

**) Nach Dietel, Das Bettnässen, seine Ursachen und Vorschläge zu seiner Behandlung.

zufuhr so belästigt und geplagt sind, dass sie nicht mehr ruhig schlafen können. Gestörter, unruhiger Schlaf — das Gegenteil von Tiefschlaf — begünstigt das Bettnässen.

Man hält auch oft Blasenirritabilität, verursacht durch *Phimose*, *Balanitis*, *Vulvitis*, für die Ursache des Bettnässens. Leo Kanner hat bei 3% der Patienten Phimose festgestellt. Balanitis, Praeputialverklebung, Gonorrhoe, Analspalte existiert in 1% der Fälle. Leo Kanner berichtet von zwei Brüdern, von denen der eine nur Phimose, der andere keine Phimose, aber Enuresis hatte. Er erwähnt auch ein anderes Kind mit Phimose, das gute Beherrschung der Blasenfunktion bewies, aber erst nach der Beschneidung einzunässen begann. Das ist ein Beweis dafür, dass diese Hautkrankheiten nicht als eigentliche Ursache des Bettnässens gelten können.

Dr. P. Karger sagt, dass Phimose und andere Anomalien der Haut nicht für das Leiden verantwortlich gemacht werden können, da es eine Anzahl Fälle von sicherer Phimose ohne Enuresis gebe. «Auch die viel häufigeren Praeputialverklebungen üben nur einen Anreiz zum Urinieren aus, wenn sie mit ekzematösen oder entzündlichen Veränderungen der Glans verbunden sind, und auch dann nur, wenn diese Prozesse das Orificium externum betreffen. Schwere postskabiöse Ekzeme der Glans und des Penis sieht man häufig ohne Pollakisurie und Enuresis. Diese krankhaften Erscheinungen können durch die Schmerzhaftigkeit des Urinierens zur Harnverhaltung führen.» Der Autor erwähnt auch, dass bei der Vulvovaginitis, Gonorrhoe oder auch wenn die ganze Vulva mit Einschluss der Harnröhrenmündung hochrot entzündet ist, das Symptom der Enuresis fehlt. Batty sagt, dass die Mehrheit der Fälle ohne Behandlung dieser Anomalien von Enuresis geheilt werden. Wir kommen zum Schluss, dass diese Anomalien nicht für das Leiden verantwortlich sind, sondern nur eine begünstigende Wirkung ausüben.

Akute Infektionskrankheiten können, wie Dr. Uffenheimer feststellt, ein Auftreten unfreiwilligen Einnässens auslösen, da sie mit Bewusstseinseinschränkungen grösseren oder geringeren Ausmasses verbunden sind. Die zentralen Funktionen werden für eine gewisse Zeit ausgeschaltet: in dieser Zeit wird eingenässt. Dieses Versagen kann noch eine gewisse Zeit auch bei völliger Geistesklarheit, aber körperlicher Schwäche anhalten, und es wird dies umso länger der Fall sein, je weniger pädagogisch die Pflegepersonen sich verhalten. Sie können einerseits in ihrer Besorgnis um das kranke Kind es an den nötigen Aufmunterungen fehlen lassen, anderseits aber über das augenblickliche Ver-

sagen des Kindes in seiner Gegenwart sich so erregen, dass es sich mit seiner Nachlässigkeit richtig im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit der Erwachsenen fühlt und durch Festhalten an der Fehlhandlung auf infantile Weise dafür sorgt, dass diese Aufmerksamkeit nicht allzu rasch erlischt.

Hier ist das Nässen während der akuten Infektionskrankheit zwar als Inkontinenz zu bezeichnen, doch kann diese infolge psychologisch unrichtigen Verhaltens der Umgebung in Enuresis übergehen, wenn die Krankheit selbst geheilt ist. Als Beispiel möchte ich einen Knaben anführen, welcher infolge Gehirnentzündung mit acht Jahren einzunässen begann, sich aber auch nach der Heilung derselben das Nässen nicht abgewöhnen konnte, da er zu grossen psychischen Belastungen ausgesetzt war. Er litt unter der Neckerei seiner Geschwister und Schulkameraden, die durch einen kleinen Bruder von seiner Schwäche erfahren hatten, — unter der Ungerechtigkeit der Mutter, von der er sich hintangesetzt fühlte, und unter der Unzufriedenheit des Vaters über die teilweise — besonders in Mathematik — ungenügende Leistung in der Schule. (Er war durchschnittlich begabt.) Diese Verständnislosigkeit der Umgebung schwächte sein Selbstvertrauen und pflanzte ihm Minderwertigkeitsgefühle ein, sodass er überaus empfindlich und reizbar wurde und in der Folge tagsüber oft harnen musste und jede Nacht einnässete. In der Behandlung machte er gute Fortschritte und blieb einen Monat lang trocken. Leider konnte ich den Fall nicht weiter verfolgen, da es an sozialen Helfern fehlte.

Es kann auch vorkommen, dass mit dem Eintritt einer schweren Krankheit das Bettnässen aufhört. Professor Lutz äussert sich dazu folgendermassen: «In Zeiten der Lebensgefahr kann eine Neurose ganz zurücktreten; alle Kräfte werden in den Dienst der Lebenserhaltung gestellt. Wenn die Lebensgefahr überwunden ist, kehren die neurotischen Symptome zurück. So verschwindet das neurotisch bedingte Bettnässen gelegentlich bei schweren Erkrankungen oder Unfällen und kehrt nachher wieder, wenn sich in der Rekonvaleszenz die seelische Situation des Kindes nicht ändert. Die innere Bearbeitung quälender Konflikte und ihre Äusserung in neurotischen Symptomen ist nur möglich, wenn nicht schwerere Situationen alle Kräfte beanspruchen.»

Wenn man das Harnbedürfnis als Trieb betrachtet, kann man dieses Phänomen so erklären: In Gefahr macht der Selbsterhaltungstrieb seine Vorherrschaft so stark geltend, dass auf alle andern Triebe, einschliesslich Harntriebshaftigkeit, zu seinen Gunsten verzichtet wird.

Wenn hier von Gefahr gesprochen wird, so muss man diese Situation der Lebensgefahr durch Krankheit unterscheiden von der plötzlich hereinbrechenden äussern Gefahr (z. B. Bombenangriff und Ähnliches), welche Angst und Erschrecken verursacht und dadurch bei Bettnässern wie auch bei gesunden Menschen unfreiwilligen Harnabgang herbeiführt.

Als Beispiel kann ich hier einen sechsjährigen Knaben erwähnen. Er war der mittlere von drei Brüdern, welche von der Mutter streng behandelt, vom

Vater dagegen übermässig verwöhnt wurden — vor allem der älteste — und die miteinander um die Zuneigung der Eltern rivalisierten; alle drei waren Bettnässer. Bei einer schweren typhoiden Erkrankung hörte beim mittleren das Bettnässen auf, um nicht wieder aufzutreten. Die Situation änderte sich also durch die Krankheit in dem Sinne, dass er nun durch sein Trockenbleiben eine Sonderstellung unter seinen Brüdern einnahm und die Liebe der Eltern stärker auf sich zu lenken vermochte, was ihn veranlasste, seine bisherige Neurose endgültig aufzugeben.

Gesteigerte Harnproduktion während der Nacht ist nach den Angaben einiger Autoren (Batty, Christoffel, Fanconi) gelegentlich bei Enuretikern zu finden. Es ist bekannt, dass bei normalen Personen die Wasserausscheidung tagsüber mindestens dreimal so gross ist wie während der Nacht. «Festzuhalten ist», sagt Christoffel, «dass bei gesundem Körper in gutem Schlaf nur spärlich konzentrierter Harn produziert wird. Bei einer kleinen Zahl von Enuretikern aber wird ein nicht konzentrierter nächtlicher Urin von niedrigerem spezifischen Gewicht in grösseren Quantitäten als tagsüber ausgesondert.»

Batty erzählt, dass ein Patient während des Tages nur Urin vom spezifischen Gewicht 1030 gelassen habe, in der Nacht jedoch 25 oz (= rund 778 g) vom spezifischen Gewicht 1020 ausschied. Der Test wurde dreimal ausgeführt mit Pausen von je einer Woche, um zu prüfen, ob diese Harnkonzentration nicht ein vorübergehendes Symptom sei. Solche Fälle sind nach Batty sehr schwer zu heilen, da diese Flut von Urin, der die Blase füllt, das Bettnässen unvermeidlich mache. — Diese vermehrte Harnproduktion ist aber psychisch bedingt und beruht auf einer Schlafstörung.

«Anatomisch untersteht die Niere als harnbereitendes Organ den beiden Anteilen des vegetativen Nervensystems in der Weise, dass der Parasympathicus fördernde, der Sympathicus hemmende Wirkung hat.» (Christoffel.) Psychische Erregungszustände, die sich durch den Parasympathicus auswirken, vermehren die Arbeit der Nierenglomerula, statt dass ihre Tätigkeit in der Nacht eingeschränkt wird. Psychische Behandlungen solcher Fälle sind mir nicht bekannt. Sie wurden immer durch Medikamente behandelt, was höchstens eine vorläufige Heilung erzielte, da nicht die eigentlichen Ursachen erfasst wurden.

Zusammenfassend kann man sagen, dass das Nässen verbunden mit den genannten organischen Erscheinungen nicht als Inkontinenz zu deuten ist. Es sind dies nicht die wirklichen Ursachen des Bettnässens, sondern Nebenfaktoren, die die Enuresis begünstigen.

Haben wir nun die organischen Ursachen bei Enuresis als eigentliche Ursachen ausgeschlossen, so möchten wir noch auf den *Erblichkeitsfaktor* eingehen, um zu schauen, wie weit er für die Enuresis verantwortlich sein kann.

Manche Autoren behaupten, dass Vererbung ein bedeutender Faktor in der Aetiologie des Einnässens sei; andere sind der Meinung, dass diese Behauptung nicht zu beweisen sei, schliessen aber die Möglichkeit nicht ganz aus.

Batty ist der Ansicht, dass es in mehr als einem Drittel der Fälle eine Geschichte des Bettnässens gebe, indem entweder der Vater oder die Mutter Bettnässer gewesen sei; manchmal lasse sich das Bettnässen auf den Grossvater zurückführen. Mme. Schachter und Mlle. Cotte haben allerdings nicht mehr als 5 % Bettnässer gefunden, bei denen das Leiden als vererbt gelten kann. Es waren dies im ganzen 17 Fälle, wobei das Nässen elfmal bei Geschwistern und sechsmal bei Eltern vorkam. Sie stellen fest, dass sich dieses Ergebnis mit demjenigen von Weigl und Oransky deckt.

Dass das Leiden mehrfach in derselben Familie vorkommt, ist kein Beweis für Erblichkeit, sondern bedeutet vielmehr ein Fehlverhalten der Eltern gegenüber den Kindern, einen Misserfolg der Erziehung. Es ist dadurch zu erklären, wie Kemper in «Enuresis» sagt, «dass Mitglieder der gleichen Familie denselben ungünstigen Einflüssen chronisch ausgesetzt sind.» Dr. Braun hält fest, dass diese sogenannten Bettnässerfamilien keine ausreichenden Schlüsse über Erblichkeit geben können, «denn die Zahlen von Bettnässer-Eltern, deren Kinder keine Bettnässer waren, fehlen.»

Leo Kanner sagt, es gebe Familien, in denen das Bettnässen als sachliche Erfahrung gilt, die mehrere Glieder durchmachen müssen. Die Idee, dass das Bettnässen erblich sei und von Generation zu Generation übertragen werde, bringt die Enuretiker zur Ueberzeugung, dass ihr Leiden — sei es durch Gewöhnung oder andere Methoden — nicht beeinflussbar sei. Eine Mutter sagte: «Ich habe nichts dagegen gemacht, da es von meinem Vater vererbt war. Er hat erst mit 22 Jahren zu nässen aufgehört.»

Die Untersuchungen, die über eineiige *Zwillinge* gemacht wurden, können die Erblichkeit-Enuresis-Frage beleuchten. Siemens *) fand, dass eineiige Zwillinge mehr zum Bettnässen neigen als zweieiige. Es gab aber gleichviele eineiige Zwillingspaare, bei denen nur einer nässte, wie solche, bei denen beide Bettnässer waren. Dieser Befund überzeugt Siemens, dass Enuresis von der Erblichkeit unabhängig sei.

In diesem Zusammenhang muss weiter die *Reinlichkeitsfrage* erörtert werden. Ist Reinlichkeit instinktiv oder nicht? Anders gesagt: werden die Kinder spontan rein, bleiben nur belastete Kinder unrein und nässen dauernd? — Viele Autoren und bekannte Aerzte behaupten, dass erblich gesunde Kinder auch bei

*) Nach Christoffel, Trieb und Kultur.

mangelhafter Erziehung nicht über das vierte Jahr einnässen. Kemper erzählt von einem russischen Heim, wo jedes Anhalten im Sinne einer Reinlichkeitsgewöhnung unterlassen wurde und die Kinder trotzdem mit drei oder vier Jahren trocken blieben. Aber kann man alle Einflüsse im Sinne der Reinlichkeit eliminieren? Kemper behauptet mit Recht, dass dies unmöglich sei. Das Verhalten des Erziehers, sogar die Beobachtung des Kindes, dass die Eltern trocken sind, und der Nachahmungstrieb genügen, um den Sinn für Reinlichkeit zu erwecken.

Einigen Aufschluss über unsere Frage können uns vielleicht die Verhältnisse im Tierreich geben. Schon bei den Tieren ist das Reinlichkeitsverhalten von Fall zu Fall verschieden und von der Art der Lebewesen abhängig. Es trifft also nicht etwa zu, dass alle höheren Tiere allgemein die Tendenz haben, ihre Exkremente nicht direkt im Lagerplatz abzusetzen. Nur jene Tiere, die ein eigentliches Nest besitzen, behalten es rein; dies gilt für Hunde und Katzen. Katzen- und Hundemütter pflegen ihre Jungen anfänglich durch Belecken sauber zu halten und später die Entleerungen innerhalb des Nestes aufzulecken. Hunde, sagt Brehm, lieben Reinlichkeit über alles, und der Ort, wo sie gehalten werden und namentlich wo sie schlafen sollen, muss immer rein sein.*) Diese Reinlichkeit existiert aber nicht bei Pferden und Rindartigen, da sie als wildlebende Tiere kein Nest haben, nicht einmal für ihre Jungen. Werden diese Tiere eingefangen und im Stall angebunden, dann fehlt ihnen jede Neigung zur Reinlichkeit; sie legen sich ganz ohne Hemmung in ihren Kot und Urin. Das Schwein dagegen erhält sich sauber und entleert sich nicht auf seinem bevorzugten Lagerplatz. Professor Seiferle erklärt: «Ob dies auch damit zusammenhängt, dass das Schwein seine Jungen wenigstens in der ersten Zeit nach dem Werfen in einem bestimmten Lager säugt, weiss ich nicht, halte es aber für sehr wahrscheinlich.»

«Instinktive Reinlichkeit lässt sich nicht allgemein nachweisen», sagt auch Prof. Heusser. Doch dürfte wohl eine gewisse Bereitschaft zur Reinlichkeit vorhanden sein. Diese «angeborene Eigenschaft» lässt sich durch Angewöhnung und Erziehung fördern. So wird empfohlen, um Hunde «stubenrein» zu machen, sie tagsüber öfters ins Freie zu führen, abends nicht zu füttern und nachts in einer Kiste von der Grösse ihres Lagers zu halten.

So ist es auch beim Kind nicht möglich festzustellen, ob Reinlichkeit instinktiv sei oder nicht, und verschiedene Autoren haben voneinander abweichende Meinungen darüber geäussert. Für Kemper und andere Anhänger der Freud'schen Schule ist Reinlichkeit nicht instinktiv, denn «die warme Feuchte wird zumindest als eher angenehmer Hautreiz empfunden.» Diese Aussage beruht darauf, dass der Mensch «ja die ganzen Monate vor seiner Geburt ununterbrochen in der warmen Feuchte der mütterlichen Gebärmutter (Fruchtwasser)

*) Nach Christoffel, Trieb und Kultur.

verbringt». Trotzdem ist das Kind unter den günstigen erzieherischen Einflüssen bereit, diesen angenehmen Zustand aufzugeben und zur Reinlichkeitsgewöhnung zu gelangen.

Stirnimann ist nicht dieser Meinung. «Der Neugeborene liebt es durchaus nicht, nass zu liegen; ist eine Entleerung erfolgt, so wird er unruhig, wimmert oder schreit . . . Dieses Verhalten verliert sich, wenn die Mutter oder Pflegerin auf den Mahnruf nicht reagiert.» Damit ist gemeint, dass das Kind die Bereitschaft zur Reinlichkeit hat, wenn die Umgebung ihm entgegenkommt. Diese Ansicht kann durch eine Analogie mit dem Sprechapparat verständlich gemacht werden: Das Kind hat die Fähigkeit zu sprechen — die Materie ist vorhanden, aber sie muss durch die Umgebung in ihre Form gebracht werden, — die «Wolfkinder» jedoch konnten nur heulen, weil sie von der menschlichen Gesellschaft entfernt aufwuchsen. Die Kanalisierung der Laute in verschiedenen Sprachen ist ein gutes Beispiel in dieser Hinsicht. Auf ähnliche Weise wird das Kind zur Reinlichkeitsgewöhnung gelangen, wenn die Umgebung es dazu anleitet. Es kann dabei auch zu verschiedenen Äusserungen in der «Harnsprache» kommen, wie Pollakisurie, Harnverhaltung usw. Der Erzieher hat es also in der Hand, jene Bereitschaft zur Reinlichkeit herabzusetzen oder zu fördern. Der Erfolg der Reinlichkeitsgewöhnung und Erziehung in der Behandlung des Bettnässens zeigt, dass es sich nicht um Vererbung organischer Mängel handelt.

Thomas Smith sagt aber, dass Erziehung und Reinlichkeitsgewöhnung nicht die ganze Geschichte des Bettnässens erklären können. Warum, fragt er, gibt es dann keine Patienten, die an Enkopresis leiden? Batty allerdings hat unter seinen Patienten 8 %, die zugleich Enkopresis und Bettnässen aufweisen. Sie ist jedoch leichter zu behandeln als Enuresis und verschwindet lange bevor man diese heilen kann. Die Tatsache, dass Enkopresis, die Schwesterkrankheit der Enuresis, nicht so häufig ist wie diese, beruht darauf, dass erstens der Darm seltener entleert wird, — zweitens, dass es leichter ist, den soliden Stuhlgang zurückzuhalten, — drittens, dass der Darm nicht so empfänglich ist wie die Harnblase. Kahn sagt: «Die Blase ist das feinst reagierende Organ des Körpers», Christoffel: «Immerhin reagiert die Blasenwand noch mit Kontraktionen, wenn eine Wirkung der auslösenden Reize auf den Blutdruck nicht mehr festzustellen ist.»

Verschiedene Urologen haben durch pathologische *cystographische Resultate* den Erblichkeitsfaktor festgestellt, wobei eine abnormale Blasenreaktion als vererbt betrachtet wurde. McLellan *) hat nach seinem cystometrischen Versuch zwei abnormale Typen der Blasenreaktion gefunden. Der erste Typus ist charakterisiert durch gesteigerte rhythmische Kontraktionen nach jeder

*) Nach: Psychologic Aspects of Pediatrics. Enuresis in Children, by Harry Bakwin, M. D. The Journal of Pediatrics, Vol. 34/1949, p. 249—263.

Einspritzung von 25—27 cm³ Flüssigkeit, bis die Kapazität der Blase erreicht wird, was einen so starken Drang auslöst, dass die Entleerung gleich erfolgt. Der zweite Typus dieser Abnormität war eine regelmässige Kurve, bis die Kapazität der Blase erreicht wird, und dann eine plötzliche Kontraktion der Blase, die zur Entleerung führte.

Verschiedene Aerzte, wie Stockwell und Smith,^{*)} haben diese funktionelle Störung ebenfalls bei einigen Patienten gefunden. Forsythe und Karlan^{*)} fanden sie bei neun von fünfundzwanzig. — Braithwaite hat 30 Patienten untersucht. Der Patient wurde katheterisiert, die Blase entleert, steriles Wasser in 20 ml-Einheiten eingeflösst und der Punkt, bei welchem der erste Drang zur Entleerung gespürt wurde, registriert. Braithwaite stützt sich auf die Behauptung von Campbell,^{*)} dass der Drang bei Kindern von 5—12 Jahren sich erst meldet, wenn 120 ml eingespritzt werden. Er fand, dass die Hälfte der Kinder normale Resultate zeigten. Braithwaite fand aber nur vier mit normaler Reaktion. Alle andern mit einer Ausnahme zeigten Blasenkontraktionen unter dem gewöhnlichen Füllungsgrad. Dreizehn klagten über einen unwiderstehlichen Drang zum Urinieren, als das Wasser in die Blase eingeführt wurde. Sogar bei sonst Normalen zeigten sich überstarke Kontraktionen.

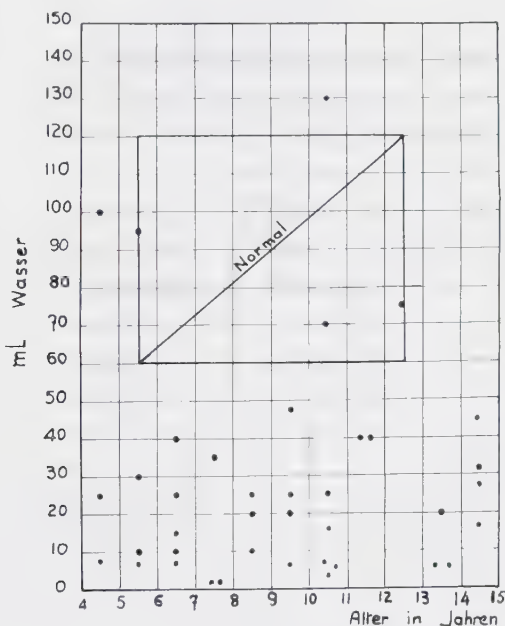


Fig. 8

Cystometrische Untersuchungen bei Enuresis. In die Blase injizierte Wassermenge, welche Harndrang herbeiführt. (Nach J. Vernon Braithwaite.)

^{*)} Nach: Psychologic Aspects of Pediatrics. Enuresis in Children, by Harry Bakwin, M. D. The Journal of Pediatrics, Vol. 34/1949, p. 249—263.

Bei vier Kindern wurde der intravesikale Druck gemessen. Kontraktionen der Blase wurden bei einem Druck von 15—20 ml Wasser gespürt, aber der Füllungsgrad war unternormal.— Braithwaite ist zum Schluss gekommen, dass die Bettnässer auf einen normalen Druck, aber bei unternormalem Füllungsgrad reagieren.

Das heisst, dass nicht ein bestimmter Füllungsgrad, sondern ein bestimmtes Verhältnis desselben zum Tonus der Blasenmuskulatur zur Entleerung führt. Nun können auch psychische Störungen oder irgendwelche andere Reize, die durch das vegetative System eingeleitet werden, zu erhöhter Spannung der Detrusormuskulatur führen, sodass schon ein geringer Füllungsgrad einen dringenden Harnreiz verursacht. Wenn man solche Versuche macht, soll man deshalb den psychischen Zustand während des Versuchs berücksichtigen, und zweitens, wie Dr. Christoffel in einem Brief mit Recht sagt, solche Untersuchungen nicht von der Persönlichkeit trennen. «Solche Versuche können nur einen Wert haben, wenn sie psychosomatisch betrachtet werden.» Wie sehr die Erziehung das Reagieren der Blase beeinflusst, zeigen die folgenden Beispiele. Dr. Stirnimann spricht von einer Mutter, die ihren Knaben dressiert hatte, alle 20 Minuten den Harn zu entleeren. Die Folge war eine Pollakisurie. Dr. Karger sagt, dass die Erziehung bestimme, wie oft ein Kind Urin lassen müsse. — Pollakisurie überwiegt bei Knaben, weil diese oft auf offener Strasse ihr Bedürfnis befriedigen. Mädchen aber sind durch die Weise ihrer Kleidung, ihr stärkeres Schamgefühl mehr behindert als die Knaben, und schliesslich ist es nicht üblich, dass Mädchen so oft den Abort aufsuchen. —

Nun kann die Frage aufgeworfen werden, wenn das Bettnässen nicht erblich sei, wie man dann das Eintreten desselben, die *sekundäre Enuresis*, erklären könne. Dr. Braun sagt, dass Kinder über zehn Jahren, die sich normal entwickelt haben, bereits trocken waren und dann wieder zu nassen beginnen, entweder organisch krank seien oder vor schweren psychischen Störungen stehen. Es gibt jedoch Enuresis, die nach dem zehnten Jahre auftritt, ohne dass der Patient schwer organisch oder geistig krank zu sein braucht. Meistens aber ist es keine leichte Aufgabe, den Eltern die Bestätigung zu entringen, dass das Kind schon in der entscheidenden Periode der Reinlichkeitsgewöhnung immer Schwierigkeiten hatte, — dass es mit mehr als drei Jahren erst trocken war oder nach einer kurzen Periode der Reinlichkeit, wenn die Gewohnheit noch nicht genügend ausgeprägt war, wieder für eine gewisse Zeit einnässte. Gill untersuchte Bettnässer unter Evakuierten, deren Eltern nicht zugaben, dass die Kinder schon früher Schwierigkeiten gehabt hatten. Er konnte aber von den Kindern selber erfahren, dass sie auch früher gelegentlich nässten, ohne dass sich die Eltern darum kümmerten. Die Eltern möchten ihre Dignität nicht preisgeben und sich als schlechte, ungeeignete Erzieher hinstellen; oft würden sie eher Tatsachen überhaupt leugnen oder doch die Schuld auf organische Ursachen schieben, statt sie auf sich zu nehmen.

Dass das sekundäre Bettnässen bei Kindern, die nicht zur normalen Zeit trocken wurden, häufiger auftritt, findet auch bei verschiedenen anderen Autoren, die sich damit beschäftigt haben, Unterstützung. Mme Schachter und Mlle Cotte haben 168 Kinder mit sekundärer Enuresis untersucht, die erst nach dem dritten Jahr trocken waren oder die von einer Enuresis geheilt wurden. Gegen 78 % derselben haben mit neun Jahren wieder angefangen zu nässen. — Th. Smith erzählt von nach dem sechsten Jahre auftretender Enuresis. Er bezweifelt, dass die Patienten früher Bettnässer waren, konnte es aber nicht kontrollieren.

Prof. L. R. Müller berichtet in seinem Artikel «Ueber nervöse Blasenstörungen im Kriege», dass von enuretischen Soldaten 25 % bis zum Alter von 10, 12 oder 14 Jahren eingenässt hatten und dann von diesem Leiden frei blieben, um im Krieg wieder einzunässen. 40—50 % von ihnen hatten entweder am Blasen-scheitel eine divertikelartige Dehnung oder es wurde eine obere Blasenpartie

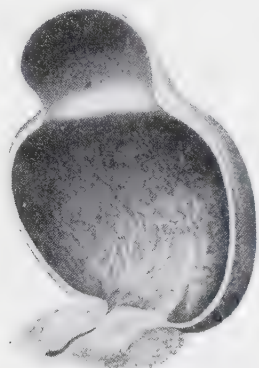


Fig. 9

Blase mit vorspringendem Muskelwulst, nach Befunden von Schneider und Illert.
(L. R. Müller, Ueber nervöse Blasenstörungen im Krieg.)

durch einen ins Blaseninnere vorspringenden Muskelwulst von der übrigen Blase abgetrennt. Dass sie eine Zeitlang von ihrer Schwäche frei waren, zeigt, dass die krankhafte Form der Blase nicht alleinige Ursache, sondern höchstens ein begünstigender Faktor für die Enuresis sein kann. Dass wir Bettnässen nur unter Soldaten treffen, nicht aber unter Offizieren, die einem höhern sozialen Niveau angehören, kann einen Hinweis auf allgemein schlechte Erziehung und speziell mangelhafte Reinlichkeitserziehung geben. Der Autor erwähnt Kälte als Ursache. Ich würde aber sagen, dass das psychische Moment das Entscheidende sei. Die Beziehungsstörung und ungünstige äussere Verhältnisse in der Kindheit, welche eine normale Entwicklung besonders in bezug auf die Reinheitsgewöhnung verunmöglichten, bilden die Grundlage dafür, dass mit dem Auftreten einer starken psychischen Belastung durch die Kriegs-

ereignisse, verkoppelt mit schwerer Erkältung, der Detrusortonus so gesteigert wird, dass die Blasenfunktion nicht mehr voll beherrscht werden kann.

Das günstige Alter für das Auftreten des Bettnässens wurde von verschiedenen Autoren untersucht. Sir G. F. Still *) hat in 60 % der sekundären Enuresis das Auftreten zwischen fünf und acht Jahren beobachtet. Der Bericht der Glasgow' Korporation für Unterricht im Gesundheitsdienst 1940 *) bestätigt, dass Enuresis gewöhnlich im Alter von 5—8 Jahren vorkommt. — Diese Periode fällt zusammen mit dem Schuleintritt des Kindes, welcher besondere Anforderungen stellt durch die zeitweilige Trennung von seinem Heim und durch neue Beziehungen; dabei dürfte besonders für ein verwöhntes Kind der Umstand ins Gewicht fallen, dass es nun nicht mehr wie zu Hause im Mittelpunkt steht.

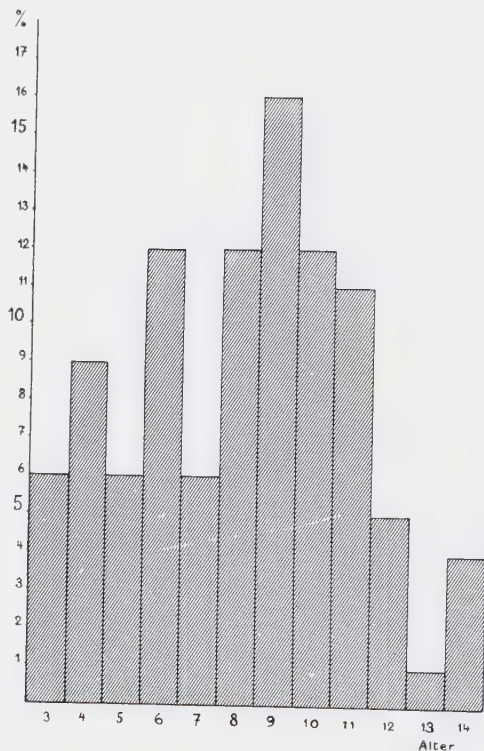


Fig. 10

Häufigkeit des Bettnässens auf verschiedenen Altersstufen, nach dem Befund von Prof. Leo Kanner in seiner psychiatrischen Kinderklinik. (Nach Thomas Smith.)

Andere haben das Bettnässen am häufigsten im Alter von neun Jahren gefunden. In der statistischen Kurve über das Bettnässen von Leo Kanner liegt der Gipfelpunkt bei diesem Alter. Auch Mme Schachter und Mlle Cotte be-

*) Nach Th. Smith, Enuresis.

richten, dass 78 % der alten Enuretiker mit neun Jahren wieder einzunässen begannen. Das häufige Auftreten des Bettnässens in dieser Zeit hängt damit zusammen, dass das Kind nicht mehr länger in seiner Märchenwelt leben kann und sich mit der Realität des Lebens abfinden und ihr nach und nach selbständig entgegen treten muss.

Nach einzelnen Autoren, z. B. Feer, soll die Pubertät eine kritische Phase für das Wiederauftreten des Bettnässens sein, was aber mit statistischen Untersuchungen in Widerspruch steht. Die meisten Autoren stellen ein Abklingen in dieser Zeit fest. Kemper erklärt das Abklingen in der Pubertätsphase durch die Tatsache, dass die Sexualfunktion nunmehr endgültig in ihr Recht eintritt und einen grossen Teil der Antriebstendenzen oder Strebungen auf sich zu ziehen und in sich zu vereinigen vermag, die bisher in der Harnfunktion, unter anderem auch in Form des Bettnässens, ihre Abfuhr oder ihren unbewussten Ausdruck fanden. Andere Autoren führen es auf die Vermehrung der Sexualhormone in dieser Phase zurück, was bedeutet, dass Enuresis als Hormonmangelkrankheit erfasst wird. Weitere Erklärungen stützen sich auf das gesteigerte Interesse an Kleidern und gutem Aussehen, welches zusammen mit dem Schamgefühl das Motiv für die Reinlichkeit schafft. —

Darf man die «*schwache Blase*» als erbliche Belastung ansehen? Man kann freilich eine Schwäche der Blase im ganzen oder des Schliessmuskels im besondern als erblich bezeichnen und in ihr die Ursache des Bettnässens suchen. Die tagsüber einwandfrei und machtvoll funktionierende Beherrschung der Blasentätigkeit bei Enuretikern beweist das Gegenteil und schliesst jene Möglichkeit der Blasenschwäche aus.

Die Untersuchungen einer grossen Zahl von Autoren ergaben, dass es wesentlich mehr männliche als weibliche Bettnässer gibt, was die These von der Schwäche des Schliessmuskels unverständlich macht, da das männliche Geschlecht über einen weit kräftigeren Schliessmuskel verfügt als das weibliche. Die Angaben von Mme Schachter und Mlle Cotte aus einem Marseiller «*service de consultation pour enfants anormaux*» verzeichnen ein Verhältnis von 37 % weiblich zu 62 % männlich. Mme Loosli fand, dass Enuresis bei Knaben doppelt so oft vorkam wie bei Mädchen von durchschnittlich gleichem Alter. Sie stellte dies anhand von Fragebogen an acht Anstalten fest.

E. Weigl hat ebenfalls eine geringere Zahl von Mädchen gefunden und gesagt, dies bedeute nicht, dass Mädchen etwa weniger Schwierigkeiten hätten, sondern dass ihrer Fehlentwicklung von den meisten Eltern relativ weniger Beachtung geschenkt werde als bei Knaben.

Jean Delacrétaz hat 69 Fälle untersucht; 53 waren Knaben, 16 Mädchen. Er ist weder einverstanden mit Autoren wie Beddiar, der als Ursache des bei Knaben öfter vorkommenden Leidens eine häufige Erkrankung des Geschlechtsapparates angibt, noch mit Comby, der «*sténose hypertrophique du pylore*»,

die vorwiegend bei Knaben auftritt, dafür verantwortlich macht. Die Untersuchung der 53 Knaben ergab, dass sie frei von Erkrankungen des Geschlechtsapparates, aber trotzdem Bettnässer waren.

Kemper findet Enuresis bei Knaben dreimal so häufig wie bei Mädchen. «Dass die Enuresis eindeutig das männliche Geschlecht bevorzugt, findet seine wesentlichste Erklärung in der unvergleichlich viel grössern Bedeutung, die im Vergleich zum Mädchen die Funktion des Urinierens dank der anatomisch hervorragenden Beschaffenheit des Harnorgans für den Knaben hat. Somit muss es auch entsprechend stärkere Auswirkungen auf gerade dort einsetzende Hemmungen und Beeinträchtigungen haben.»

Th. Smith gibt als eine Erklärung für die überwiegende Zahl der männlichen Bettnässer die engere Beziehung zwischen Mutter und Kindern als zwischen Vater und Kindern an. Die Mutter muss für alle vitalen Bedürfnisse sorgen: Ernährung, Reinlichkeit, Gewöhnung, Erziehung usw. Die Erziehung wirkt schwerer bei der Mutter-Sohn-Beziehung als bei der Mutter-Tochter-Beziehung. Auch ist der Kampf um einen bevorzugten Platz in der mütterlichen Liebe für Knaben von grösserer Bedeutung als für Mädchen und mag für erfolglose Knaben, die keinen befriedigenden Ersatz gefunden haben, ungünstig wirken.

Schliesslich ist also zu sagen, dass man diese überwiegende Zahl auf psychische Ursachen zurückzuführen kann, sei es die Mutter-Sohn-Beziehung oder die erhöhte Bewertung des männlichen Geschlechtes, welche zu Ueberforderung des Kindes führt und deshalb Schwierigkeit zur Folge hat. —

Dr. Christoffel probiert einen Zusammenhang zwischen diesem Geschlechtsverhältnis und körperlicher Erkrankung zu finden und dadurch A. Adlers Organminderwertigkeitslehre auf ihre Richtigkeit zu prüfen. Adler glaubte an eine enuretische Konstitution, die er durch 50 Krankheits-skizzen zu beweisen suchte. Sie zeigt sich nach seiner Meinung in der Minderwertigkeit des Harn- und Geschlechtsapparates sowie gewisser Gebiete des Zentralnervensystems.

Christoffel stellt fest, dass die Zahlen von Fellenbergs *) mit seiner Enuresis-Statistik, die ein Geschlechtsverhältnis von 2 : 1 aufweist, übereinstimmen. Von Fellenberg fand weiter, dass Krebs des Harnapparates beim männlichen Geschlecht doppelt so häufig ist als beim weiblichen (2:1 bösartige Geschwülste des Harnsystems bei 191 Personen über zwanzig Jahren; die Gesamtzahl der unter 20jährigen Krebskranken überhaupt betrug 60, diejenige der über 20jährigen 8255). Christoffel sagt, diese Befunde bilden keinen ausreichenden Grund für die Adlersche These von der Minderwertigkeit des Harnapparates, da es ebenso unwahrscheinlich sei, dass ehemalige Enuretiker eine Tendenz zu Harnapparatkrebs haben, wie dass die von der Krebsstatistik Erfassten seinerzeitige Nässer waren. Adler hat auch von Minderwertigkeit des Geschlechtsapparates sowie des Zentralnervensystems gesprochen. Diese Erkrankungen des

*) R. von Fellenberg: Schweizerische Erhebung über maligne Tumoren, 1933—1935. Bulletin des Eidg. Gesundheitsamtes 1940, Nr. 35.

Zentralnervensystems wurden in der Fellenbergischen Krebsstatistik nicht berücksichtigt, die Geschlechtererkrankungen dagegen wurden verzeichnet, aber mit ganz anderen Zahlenproportionen. Die weibliche Belastung gegenüber der männlichen war 7:1. Christoffel schliesst mit Recht, dass die Adlersche Organminderwertigkeitstheorie jeder wahren Grundlage entbehrt, dass sie nichts anderes sei, als «eine pompöse Aufbauschung des populären schlichten Verlegenheitsausdruckes von der schwachen Blase des Enuretikers.»

Der Erblichkeitsfaktor ist kein ausreichender Grund für das Bettnässen und wissenschaftlich bis jetzt noch nicht erwiesen. Man kann sagen, dass die gleiche Anlage bei verschiedenen Menschen sich nicht in der gleichen Weise zu entfalten braucht — dass das, was wir Prädisposition oder Anlage nennen, keine festgefügte Grundlage ist und sich nur in Wechselwirkung mit der Umgebung günstig oder ungünstig entwickeln kann.

Können äussere Umstände als eigentliche Ursache des Bettnässens angesehen werden?

Wo kann man nun die eigentliche Ursache für das Bettnässen suchen, wenn weder organische Ursachen noch Erblichkeit das Entscheidende sind? Vielleicht in äusseren Umständen, wie *Wohnung, Kleidung, niedrigem sozialem Niveau?*

Die Bevölkerungsdichte spielt eine ausserordentliche Rolle als Anlass für das Bettnässen, wie Batty sagt. Viele Enuretiker kommen aus Häusern, die als schlecht bezeichnet werden, sehr schmutzig und nicht in Ordnung. Die ganze Familie* bewohnt einen oder zwei Räume, viele Kinder schlafen zusammen in einem Bett. Der Abort liegt weit weg, sodass das arme Kind das Bettnässen einem langen Spaziergang in der kalten Nacht vorzieht. Dr. Braun erzählt von einem Knaben, der bei einem Bauern untergebracht war und allein in einer versteckten Kammer schlief. Um zum Abort zu gelangen, musste er die Knechtekammer passieren. Unter besseren Unterkunftsverhältnissen, mit seinem Eintritt in eine Anstalt war sein Bettnässen vom ersten Tage an geheilt und stellte sich auch später nicht wieder ein, weil ihm der Weg zum Abort nicht gleichsam versperrt war.

Viele Bettnässer haben zu wenig warme Kleider und sind der Kälte des Winters ausgesetzt. Ich kannte einen Bettnässer, der immer dürftig bekleidet war, welcher während des Spiels mit einem andern, reichen Knaben namens Ismail einnässte. Die Pflegerin dieses Knaben gab ihm eine wollene Hose von Ismail. Von da an nässte der Knabe nicht mehr ein und sagte immer zu seiner Mutter: «Ich werde nicht Ismails schöne, warme Hose schmutzig machen.» Nicht nur

die Wärme der wollenen Hose hat in diesem Falle eingewirkt, sondern auch die Wärme der Liebe: Jemand liebt ihn und schenkt ihm etwas, was den Knaben veranlasst, sich besonders Mühe zu geben, um nicht primitiv auf den Drang zu reagieren.

Egon Weigl sagt, dass man in den Familien der Enuretiker sehr selten einen gehobenen Lebensstandard finde, im Vergleich mit Nichtenuretikern 1%:10%. Die Eltern von Bettnässern üben Berufe mit geringerem Einkommen aus (Kleinhändler, Handwerker, Kleinbauer, Arbeiter). Die Raum- und Schlafnot ist bei den Enuretikern gross. Von ihnen schlafen 53 % mit ein bis vier, 38 % mit mehr als zwei bis acht Personen in einem Zimmer. Mme Schachter und Mlle Cotte haben gefunden, dass 80 % aus einem ärmlichen Milieu stammen. Dieses Resultat deckt sich mit unseren Ergebnissen in der psychiatrisch-psychologischen Klinik in Kairo.

Samuel Gill sagt, das Bettnässen sei eine sozial schlechte Gewohnheit, die überwunden werden könne, wenn ein starker Antrieb zur Reinlichkeit vorhanden sei. Die meisten Enuretiker aber leben auf einer beklagenswerten Stufe der Reinlichkeit. Läuse und Mäuse sind ein Kennzeichen dieses niedrigen sozialen Niveaus. Die späte Aneignung der guten Gewohnheiten der Reinlichkeit geht hervor aus der Bevölkerungsdichte in Bezirken mit allgemein tiefem Stand der Reinlichkeit.

Dieser niedrige Lebensstandard, der sich in unzulänglichem Wohnraum, Mangel an Betten, Reinigungsmitteln, warmer Kleidung und Heizung ausdrückt, spielt eine wichtige Rolle im Bettnässerproblem. Erstens erschwert das Fehlen der primitiven Sauberkeit die Entwicklung eines ausgeprägten Sinnes für Reinlichkeit. Zweitens stellen die zu dürftige Kleidung und unzureichende Heizung erhöhte Anforderungen an die Blase. Drittens kann die Armut durch die allgemeine Einschränkung der Lebensmöglichkeiten dahin wirken, dass eine Ersatzbefriedigung in der Harntriebhaftigkeit gesucht wird, und damit das Bettnässen begünstigen. — Da es jedoch auch in höheren sozialen Schichten Bettnässer gibt, kann man die ungünstigen äusseren Umstände nicht allein beschuldigen.

Ist die Ursache auf der psychischen Ebene zu suchen?

Wenn nicht organische Ursachen, Erblichkeit oder ungünstige äussere Umstände als entscheidend für das Bettnässen betrachtet werden können, kommen wir zur Frage, ob dann die eigentliche Ursache auf der psychischen Ebene zu suchen sei.

Hier haben verschiedene Autoren mancherlei Ursachen für das Bettnässen angegeben. Da sind einmal *Ereignisse, die das Kind bedrohen* und sich in seiner bisherigen geborgenen Umgebung *unsicher fühlen lassen*: Ereignisse

wie die Geburt eines jüngeren Geschwisterchens, Trennung durch Evakuierung, Tod der Mutter oder des Vaters, Eintritt einer Stiefmutter oder eines Stiefvaters, Schuleintritt machen oft aus einem sonst saubern Kind einen Bettnässer. Dass solche Situationen einen Anlass zum Bettnässen geben können, ist unbestritten. Als eigentliche Ursache können sie aber nicht gelten — sonst hätten wir eine riesige Armee von Bettnässern —, sondern sie sind höchstens auslösende Faktoren.

Nach Adler ist Enuresis eine *Zweck-Krankheit*, die auf Organminderwertigkeit beruht. Das Kind hält mit all seiner Kraft an der Fehlleistung fest und gewinnt durch dieses Krankheitssymptom Vorteile für sich. Vererbte Organschwächen dienen diesem Zweck. Adlers Theorie ist ein Hinweis auf die gestörte Beziehung zu den Eltern, welche das Kind veranlasst, sie durch die Blase «anzurufen», um zur Geltung zu kommen und sich ins Zentrum zu stellen. Seine Erklärung des Bettnässens im Rahmen der Organminderwertigkeitslehre als «fehlerhafte embryonale Arbeitsweise eines im Ganzen minderwertigen Harnapparates und seines nervösen Ueberbaus» ist nach Christoffel ohne Grundlage. Zur Untersuchung zitiert er Reis, einen Schüler Adlers, der zugibt, dass Adlers Theorie nicht ganz zutreffend sei. Demnach «wird die Wirkung einer eingebildeten Organminderwertigkeit dieselbe sein wie die einer tatsächlichen».

Enuresis wird bei andern Autoren, wie Beverly,^{*)} als eine Erscheinung allgemein gestörten Verhaltens aufgefasst. Beverly bezeichnet die Enuretiker als Infantile, die das Aufwachsen und Aufsichnehmen der Verantwortlichkeit als zu schwere Aufgabe empfinden. Die Behandlung besteht hauptsächlich darin, dass man im Kind den Sinn für eigene Verantwortlichkeit zu wecken sucht. Als Ursache des Stehenbleibens auf dieser infantilen Stufe hat man übertriebene Besorgtheit der Mutter angenommen, die wegen gestörter Eheverhältnisse probiert, das Kind so lange wie möglich von sich abhängig zu erhalten. Sie beginnt verspätet mit der Reinlichkeitsgewöhnung und der Erziehung überhaupt, mit der rational gefärbten Begründung, dass das Kind noch zu jung sei.

Göring erklärt das Bettnässen «als ein hervorstechendes Symptom eines entmutigten Kindes, das in einer verwöhnten oder lieblosen Umgebung aufgewachsen ist und geneigt, den Schwierigkeiten und Aufgaben des Lebens auszuweichen, dadurch, dass es eine infantile Haltung beibehält. Das Entscheidende in der Therapie ist eine Verwandlung der inneren Haltung, eine Ermutigung, ein Training nach der Seite der Aufgaben des Lebens hin.»

Nach M. Kathelan und M. Horton (Archives of Diseases in Childhood) zeigten 100 Bettnässer Instabilität, aber verbunden mit Intelligenz. Diese Instabilität ist Ausdruck einer unbewussten Ablehnung der Einordnung in die Gesell-

^{*)} Nach: Psychologic Aspects of Pediatrics. Enuresis in Children, by Harry Bakwin, M. D. The Journal of Pediatrics, Vol. 34/1949, p. 249—263.

schaft, wenn dem Kind von seiten der Erwachsenen höhere Ansprüche gestellt werden.

Die Enuresis wird auch mit Recht manchmal als Protest, als aufgerichtete Waffe gegen den Erzieher bezeichnet und ist begleitet von anderen Symptomen wie Stehlen, Vagabundieren usw., die als Aeusserung der Auflehnung gegen die Umgebung gelten können. Die Tatsache, dass Enuresis als Protest nicht oft mit diesen Symptomen verbunden ist, heisst, dass Enuresis die Möglichkeit der Erscheinung anderer Symptome reduziert und oft als Entladung genügt. Damit erklärt sich die Schwerweckbarkeit vieler Enuretiker, die fälschlicherweise als abnormale Schlaftiefe gedeutet wird. Es ist kein tiefer Schlaf, sondern Widerstand und Protest gegen den Erzieher.

Christoffel, Boss *) und Troemner **) betrachten das Bettnässen nicht als ein blosses Geschehen, ein Ueberbleibsel des Säuglingsalters, weil es nie geregelt und richtig geführt wurde, sondern als eine sogenannte *Schlafhandlung*, die an die Seite des Schlafwandeln, Zähneknirschens usw. zu stellen sei. «Der gesunde Schlaf ist mit Ausnahme einer durch übermässige Flüssigkeitsaufnahme, womöglich noch harntreibender Art (Kaffee, Tee) bewirkten Störung harntreios.» (Christoffel.) Hier ist auch grosse Kälte beizufügen. — Ich habe durch einen Fragebogen, der durch 100 Personen beantwortet wurde, zu erfahren gesucht, ob das Bettnässen in Analogie zum nächtlichen Aufstehen-müssen als Schlafhandlung angesehen werden könne. Von den 100 Personen schlafen 91 gewöhnlich durch und brechen nur sehr selten diesen Rhythmus, wenn sie Bier, Alkohol oder harntreibende Flüssigkeiten (Kaffee, Kakao, Tee) getrunken haben, an kalten Füessen oder allgemein an Kälte leiden. Viele haben aber psychische Gründe angeführt. 10 von diesen 91 haben im Verlaufe ihres Lebens von einem Typ zum andern gewechselt (d. h. während einer bestimmten Zeit immer nächtliches Aufstehen, später Durchschlafen) und als Ursache dafür grösstenteils psychische Erregbarkeit und Störungen angegeben: Ein Sechzehnjähriger berichtet, dass das Aufstehen durch psychologische erzieherische Einflüsse überwunden wurde. Ein Dreiundzwanzigjähriger erzählt: «Im Alter von 12—17 Jahren musste ich oft aufstehen. Damals war ich leicht erregbar unter dem Einfluss jener Schule, die ich in dieser Zeit besucht habe.» Ein Achtunddreissigjähriger musste zwischen 23—24 Jahren aufstehen. «Ich habe starke seelische Erschütterungen durchgemacht — damals oft Schlaflosigkeit — ging mehr aus Langeweile als aus Drang.» Ein Dreissigjähriger: «Beim Verlust der Mutter gab es eine Periode von Schlaflosigkeit mit nächtlichem Harndrang.» Zwei erwähnten Erregbarkeit und Müdigkeit als Ursachen. Zwei waren Bettnässer. Der eine war es bis zum Alter von 14 Jahren und musste zweimal kuren. Von 14—16 stand er immer auf, später aber nicht mehr. Der andere hatte während des holländischen Krieges hie und da eingenässt, musste

*) Nach Braun.

**) Nach Christoffel, Trieb und Kultur.

nach dem Krieg für einige Monate dreimal aufstehen, dann verschwand sein Aufstehen allmählich; jetzt schläft er ruhig die Nacht hindurch. Ein Achtundvierzigjähriger ist früher wegen kalter Füße aufgestanden.

Man könnte mir entgegenhalten, dass das nächtliche Harnen eine Folge von Gewöhnung sei. Das Ergebnis der diesbezüglichen Frage war folgendes: Von neun Fällen waren vier als Kinder nie aufgenommen worden und müssen jetzt trotzdem immer aufstehen. Drei waren immer aufgenommen worden und haben scheinbar die Gewohnheit des Aufstehens beibehalten. Zwei können keinen Bericht darüber geben, da die Eltern gestorben sind. Auf die Rolle der Gewöhnung kann man wohl besser schliessen von den Fällen, die der Kategorie des Durchschlafens angehören. 50 % wurden als Kinder aufgenommen und schlafen jetzt trotzdem durch. 4 % haben keine Eltern mehr und können deshalb keinen genauern Bericht geben. 46% wurden nie aufgenommen und haben das Durchschlafen als Gewohnheit beibehalten. — Man sieht, dass die Rolle der Gewöhnung inbezug auf das Aufstehen und Durchschlafen nicht ausschlaggebend ist.

Die Frage, ob Krankheit das nächtliche Harnen beeinflusst, wurde auch berücksichtigt. Einer von den neun Fällen ist zum Arzt gegangen, weil er nachts oft aufstehen musste und glaubte, er sei nierenkrank; der Arzt hat jedoch Krankheiten des Harnapparates ausgeschlossen. Ein anderer dachte, er sei mit Zuckerkrankheit belastet; die Untersuchung ergab, dass er körperlich gesund war. Vier mir bekannte Personen dieser Gruppe haben eine allgemeine körperliche Untersuchung vornehmen lassen; auch sie waren gesund. Ein Achtundfünfzigjähriger erwähnt, dass er in seiner Jugend nicht immer aufstehen musste; mit achtundzwanzig machte er eine schwere Krankheit (Typhus) durch und musste von da an immer aufstehen. Ob wirklich seine Krankheit selbst schuld daran war oder seine psychische Einstellung während und nach der Krankheit, konnte ich nicht aus seinen Antworten ableiten. Die restlichen zwei Personen haben keine Krankheit erwähnt.

Alle diese neun Fälle — mit Ausnahme des Mannes, der an Typhus erkrankt war — bezeichnen sich als besonders nervös und leicht erregbar; jener betrachtet sich als erregbar in der Jugend, aber jetzt nicht mehr. Alle wechseln im Schlaf ihre Lage sehr oft und brauchen viel Platz. Vier davon erwähnten als bevorzugte Lage Bauchlage, einer zusammengekauerte Seitenlage, zwei Seiten- und zwei Rückenlage. Bei vier Personen hatte ich Gelegenheit, die Fragen mündlich beantworten zu lassen. Sie erklärten, dass sie öfters aufstehen müssten, wenn sie besonders aufgeregt seien. Ein Siebenundzwanzigjähriger musste, als er gezwungen war, seine Verlobung aufzulösen, sechsmal in der Nacht aufstehen, um die Blase zu entleeren, trotzdem er vor dem Schlaf kein Abendessen und keine Getränke zu sich nahm. Eine 47jährige Frau sagte, sie müsse in der Nacht öfters aufstehen, wenn sie traurig oder in Angst sei. Sie erinnert sich, dass sie nach dem plötzlichen Tod ihres Mannes

etwa drei- oder viermal in der Nacht auf den Abort gegangen war; oft ging sie ins Kinderzimmer, um zu sehen, ob die Kinder noch lebten. Auch als die jüngste Tochter schwer erkrankt war, konnte sie vor Angst nicht schlafen und musste mehrere Male aufstehen, um Harn zu lösen, «manchmal aus Längeweile, da man nichts zu tun hat.» Ein Dreissigjähriger erzählt, dass er bei Erregung öfters in der Nacht urinire, sei es wegen eines freudigen Erlebnisses oder einer Enttäuschung. Ein Mädchen berichtet, dass es nachts häufig aufstehen müsse, besonders wenn es vor einer Prüfung stehe, obgleich es keinen Appetit habe zum Essen oder Trinken. — Die Mehrheit dieser Fälle hat als Grund für das ausnahmsweise Durchschlafen grosse Müdigkeit angegeben, wie etwa nach einer Bergtour, anstrengendem Turnen oder Hausarbeit usw. — Aus diesen Befunden lässt sich schliessen, dass der nächtliche Harndrang nicht Folge von Gewöhnung oder Krankheit sein kann. Das Bett nässen ist also kein blosses Geschehen, sondern darf als Schlafhandlung betrachtet werden.

Es war mit der Einführung der psychoanalytischen Schule, dass das Bettnässerproblem eine symbolische Bedeutung erwarb und in *Beziehung zur Sexualität* gebracht wurde. Im Jahre 1905 hat Freud seine «Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie» erscheinen lassen. Er schrieb: «Für den noch unentwickelten Geschlechtsapparat gibt meist der Harnapparat, gleichsam als sein Vormund, Zeichen. Die meisten sogenannten Blasenleiden dieser Zeit sind sexuelle Störungen; die Enuresis nocturna entspricht, wo sie nicht einen epileptischen Anfall darstellt, einer Pollution.»

Freuds Anhänger unterstützen diese Theorie durch die Tatsache, dass die anatomischen und physiologischen Zusammenhänge sowohl als die Patientenbeobachtungen die relative Identität von Pollution und Enuresis gleichfalls bestätigt haben. «Säuglingsharnentleerung kündigt sich durch Unruhe, leichte Gesichtsrötung und beim Knaben durch Gliedsteifung an.» (Christoffel.) Diese Erektion beim männlichen Säugling zu Beginn des Urinierens wird von M. Porosz und L. R. Müller *) gedeutet als Beweis für die ursprüngliche Zusammengehörigkeit des Urethral- und Genitalapparates, deren Trennung erst in der Pubertät vollzogen wird und sich in der getrennten Absonderung von Urin und Sperma äussert.

Das Verschwinden der Enuresis in der Pubertät findet Unterstützung in der Freud'schen Theorie. Christoffel erklärt: «Pubertätsauftreten oder -Wiederauftreten der Enuresis ist aber die Ausnahme, Pubertätsverschwinden die Regel.»

Gegner der Freud'schen Theorie würden sagen, dass das Urinieren nicht immer einer Pollution entspricht, dass die anatomischen und physiologischen Funktionen des Sexual- und Harnapparates seit frühester Kindheit als zwei Funktionen voneinander getrennt seien. Man hat Sexualhormone (z. B. Androsteron) schon beim Kleinkind im Genitalapparat gefunden; sie zirkulieren

*) Nach Lévy, Vom Bett nässen des Kindes.

aber erst mit der Pubertät im Blut. Die oft beobachtete Säuglingserektion ist nicht die Regel, sondern kann durch Blasendruck verursacht werden. Weiter erklären sie das spontane Verschwinden des Bettnässens durch das Erreichen einer höheren Stufe der Persönlichkeitsentwicklung.

Diese Verwirrung der Geschlechts- und Harnfunktion entsteht dadurch, dass mindestens bei Knaben die Urethra beiden dient. Beim Kind, das den körperlichen Unterschied zwischen den Geschlechtern nicht kennt und den Sexualmechanismus nicht zu verstehen vermag, kann Enuresis manchmal einer Pollution entsprechen. Das kommt oft vor bei Kindern, die im Elternzimmer schlafen und Gelegenheit haben, die elterlichen Zärtlichkeiten und ihren Verkehr zu beobachten. Das Kind stellt sich vor, dass beim Koitus der Vater in die Mutter uriniert oder sie bespritzt. In seinem Wunsch, die Eltern nachzuahmen, verliert es die Beherrschung und nässt ein. Es kann auch sein, dass das Kind annimmt, seine Mutter werde vom Vater aggressiv angegriffen. Dadurch wird ihm Angst eingeflösst, und seine Spannung führt zum Bettnässen. Oft wird nach Verlegung des Kindes in ein anderes Zimmer sein Bettnässen nachlassen.

Die Anhänger der Freud'schen Schule haben sich weiter bemüht, jene Aussage Freuds auf verschiedene Weise zu erklären und seiner Theorie im allgemeinen einzupassen. Marcuse *) hat «das Bettnässen geradezu als Pollutionsform des noch nicht Pubierten» bezeichnet. Meng ist auch dieser Meinung. «Wenn solch ein Kind einen sexuellen Reiz verspürt, so entleert es, wie der reife Mann in einer Pollution seinen Samen ausstösst, mit seinen unreifen Organen den Harn im Schlafe... Die Psychoanalyse hat gute Gründe dafür, das Bettnässen als eine Art Pollution aufzufassen.» Bei andern wie bei Kemper ist das Bettnässen Folge einer Reihe von Faktoren, unter welchen auch die orale Stigmatisierung eine wichtige Rolle spielt. Ferenczi*) ist einen Schritt weiter gegangen und deutet das Bettnässen als Mutterleibregression (foetal). Das Kind hat eine Sehnsucht nach dem nassen Element, die im Bettnässen befriedigt wird. Nach Ferenczi ist dies die Sehnsucht, in das feuchte Element, in den Mutterleib zurückzukehren.

André Berge unterscheidet zwei Faktoren, die im Bettnässen eine Rolle spielen, nämlich eine sinnliche und eine gefühlsmässige Empfindungsfähigkeit. Die sinnliche Sensibilität ist gekennzeichnet durch das sukzessive Vorherrschen verschiedener Zonen körperlicher Lust (orale, anale, genitale Zone). Hier versucht er nach Marelle Dolto ein «deutliches urethrales Stadium» abzugrenzen, «welches man bald mit dem analen Stadium (unter dem Deckmantel des Beiwortes «kloakal», das ziemlich geeignet ist, alle beide zu umfassen) ... bald im Gegenteil — aus Gründen der anatomischen Topographie — mit dem genitalen Stadium zu verschmelzen trachtete.» — Die Entwicklung dessen, was man «gefühlsmässige Empfindungsfähigkeit» nennen könnte, ist gekennzeichnet

*) Nach Lévy, Vom Bettnässen des Kindes.

durch die sukzessive Vorherrschaft verschiedener Liebesobjekte. Die erste Phase, die der Säugling durchläuft, ist die autoerotische, narzisstische. Er kann zwar die Grenzen, die ihn von der Aussenwelt trennen, noch nicht genügend unterscheiden, sodass er auch andere Sachen lieben kann — doch im Grunde liebt der Säugling sich selbst, und sein Vergnügen stammt von ihm allein. Allmählich aber findet er, dass sein Wohlgefühl von seiner Umgebung abhängig ist. Er entdeckt auch, dass die Menschheit nicht nur in Erwachsene und Kinder, sondern auch Frauen und Männer geteilt ist und *kann* deshalb die Gefühle, die er hinsichtlich seines Vaters und seiner Mutter empfindet, nicht mehr miteinander vermengen. In seiner Liebe für einen Elternteil gerät er in Konflikt, in Rivalität mit dem andern. Das ist die Oedipusphase. Das Kind kann die Rivalität allzugross und unüberwindlich finden oder durch neue Interessen intellektueller, geistiger, sozialer Natur die sexuellen in den Hintergrund drängen und so in die Latenzphase, die letzte Phase von der Pubertät, eintreten. Wenn die Verdrängung zu stark ist oder die unterdrückten Gefühle zu Recht oder Unrecht als erschreckend empfunden werden, wird es die Beute der Angst eines Kastrationskomplexes sein. Der Adolescent wird durch seine Schüchternheit einem weder seiner Familie noch seinem Geschlecht angehörenden Objekt gegenüber wieder in eine narzisstische Phase geraten, die mit mehr oder weniger unbewusster Sexualität verbunden sein kann. Endlich, wenn alles gut abläuft, wird die heterosexuelle Phase erreicht.

André Berge findet, dass Enuresis besonders in Harmonie steht mit einem bestimmten Stadium der sinnlichen und der gefühlsmässigen Entwicklung. Genau wie das urethrale zur gleichen Zeit am analen und genitalen Stadium teilzunehmen scheint, so kann die gefühlsmässige Empfindungsfähigkeit des Enuretikers zugleich sowohl an der narzisstischen wie an der Oedipusphase teilnehmen. Der Autor ist geneigt, den kleinen Bettnässer in das gefühlsmässige Alter zu versetzen, wo Menschheit für ihn schon existiert, aber nur in Erwachsenen und Kleinen. Gewiss kann das Kind leidenschaftlich mit seiner Mutter verbunden sein, — aber sei es, dass es einen Rivalen fürchtet, sei es Angst vor übermässigen Instinkten, sei es Unfähigkeit zu Besserem — es liebt auf eine für einen Säugling charakteristische Weise, verlangend nach Zärtlichkeit, aber ohne ein positives Gefühl bilden zu können.

Die Enuresis hat nach André Berge ein Ziel: Sie sucht durch Konversion ins Physische Konflikte, die im emotionellen Leben des Einzelnen bestehen, aufzulösen. Es ist wie ein Kompromiss zwischen zwei Kräften: die eine gibt einer instinktiven Tendenz Ausdruck, die andere sucht diese Tendenz zu beherrschen. Es kommt daher vor, dass im Symptom das verbotene Vergnügen und seine Sühnung nicht voneinander zu trennen sind. Erst die Analyse hilft beide Elemente auseinander zu setzen. Der Autor findet, dass Enuresis eine analoge Struktur zu derjenigen habe, welche bei Freud das hysterische Symptom im Allgemeinen kennzeichnet.

Schematisch dargestellt gibt es vier Tendenzen, von denen die ersten zwei primäre, die andern sekundäre sind:

1. Das vage, unklare Suchen nach einer sinnlichen oder gefühlsmässigen Befriedigung (welche für uneingestehbar gehalten wird).

2. Die Notwendigkeit, sich selbst zu bestrafen, um seine Schuld zu erleichtern und um der Nemesis zu entgehen, indem der Teil des Gelingens bezahlt wird, welchen das Symptom verwirklicht. — Wofür probiert man sich zu strafen? Für Ideen und Wünsche, die man nicht zu haben wagt, da sie nicht in Harmonie mit dem Ueberich stehen. Sie sind vor allem aggressiver oder sexueller Natur.

3. Die Lockung sekundärer Vorteile, welche die Krankheit gewöhnlich verschafft.

4. Somatischer Ausdruck durch den Harnapparat.

Unzweifelhaft gibt es Fälle, bei denen dieses Syndrom als Ausdruck genügt. Dieses Schema lässt sich jedoch nicht anwenden auf Bettnässer, welche aus Furcht vor der Dunkelheit nicht aufstehen können und deshalb nassen: ebenso wenig für Gleichgültige, die aus Bequemlichkeit liegen bleiben, oder für trotzig Kinder. — Ein neunjähriger Knabe bezeichnete die Form auf Tafel IV des Rorschach-Tests als Kind, welches das Bett nässt, und den mittleren, unteren Teil als das Organ, woraus Harn träufelt. Auf die Frage, weshalb das Kind nässe, gab er die Antwort: «Um die Mutter zu ärgern, da sie ihn schlecht behandelt und schlägt.» Die oben angeführte Beschreibung passt auch nicht für solche Enuretiker, welche sich ihrer Schwäche nicht schämen, was meist die Folge von massloser Verwöhnung und mangelnder Kritik der Eltern ist. Von diesem Typus kannte ich einen achtzehnjährigen Fellah von normaler Intelligenz. Er war der Jüngste nach sieben Schwestern — sehr verwöhnt, alle seine Wünsche wurden ohne Einschränkung erfüllt. Er nassete seit der Kindheit ein und erzählte Freunden ohne Hemmungen, dass er das Bett nass gemacht habe.

Weiter erklären manche Autoren, dass Enuresis durch Onanie entstanden sei. Diese Frage Enuresis-Onanie ist noch nicht endgültig beantwortet. Gilbert Robert *) schreibt in «L'enfant sans défauts», dass die Psychoanalytiker die Neigung haben, Enuresis als Stellvertretung der Onanie zu betrachten, und zitiert nach Leonard Schwarz den Fall eines Knaben, der infolge schlechter Behandlung durch den Vater ein Onanist wurde, aber mit der Unterbringung in einer Anstalt seine Onanie durch die Gewohnheit, jeden Tag einzunässen, ersetzte. Freud erklärt, dass die Enuresis nach seiner Meinung keinen wahrscheinlicheren Grund habe als die Onanie, deren Rolle in der Aetiologie der Enuresis noch nicht ihrem Wert entsprechend eingeschätzt werde. Es gibt bei den Psychoanalytikern in Bezug auf diese Frage zwei Tendenzen. Enuresis

*) Nach André Berge, *Le facteur psychique dans l'énurésie*.

kann nicht nur als eine Art der Befriedigung ähnlich wie Onanie, als «volupté urinaire» verstanden werden, sondern sie ist eine Art Selbstbestrafung für dieses unheimliche Lustgefühl. Es war J. Klaesi, *) der zuerst die Rolle des Schuldgefühls bei durch Onanie ausgelöster Enuresis zu schätzen angefangen hat. Für ihn ist Enuresis Schuldersatzhandlung. «Die Hauptsache ist..., dass die Schuldgefühle wegen der Selbstbefleckung ein so tiefgründiges Unbehagen erzeugen, dass dieses nicht mehr unterdrückt werden kann und sich darum vor sich und den andern zu rechtfertigen sucht; diese Rechtfertigung wird dadurch erreicht, dass für die eigentliche Schuld, die nicht verraten werden will» — sie nassen also ein, um weiter onanieren zu können — «eine Antikatastase, eine Ersatzschuld geschaffen wird, durch welche das Unbehagen ausgelöst zu werden scheint».

Enuresis kann auch als Begleiterscheinung der Onanie vorkommen. Mme Morgenstern**) erzählt in ihrem Buch «La psychanalyse infantile» von dem elfjährigen Robert, der seinen Charakter seit sechs Monaten verändert hatte. «Er hatte sich einer falschen Eintragung in seinem Klassenbuch schuldig gemacht; er nässt oft sein Bett, onaniert und hat viel abgenommen.» Der Tod seines Vaters, die Wiederheirat seiner Mutter, die schlechte Behandlung durch seinen Stiefvater haben ihn nach Mme Morgenstern «zum Trost der Onanie und Enuresis» geführt. André Berge erwähnt einen andern Fall, den achtjährigen Jacques, der in Konflikt mit seinem Vater geraten ist, sich als ungehorsam und unerträglich zeigt und übermässig onaniert mit gelegentlicher Enuresis.

Man findet, dass Masturbation und Enuresis zusammen meistens bei nicht pubierten Kindern vorkommen. Die Onanie ist nicht mit Ejakulation verbunden und entspricht nicht der reifen Form der Masturbation, welche erst im Pubertätsalter erworben werden kann, sondern ist eine Art spielerischer Betätigung mit den äussern Geschlechtsteilen, charakteristisch für diese Phase, wobei etwas Drüsensekret, aber kein Samen ausgeschieden wird. Sie ist eher eine Art Urethralerotik. Cruchet**) prägte dafür den Ausdruck «Peotillomanie». Mme Morgenstern erklärt das Zusammentreffen von Masturbation und Enuresis dadurch, dass die Kinder in Peotillomanie und Enuresis «einen Trost von ungefähr gleichem Rang finden können».

Es wurde von vielen Autoren sowohl als von vielen Patienten behauptet, dass Onanie in der Pubertät die Enuresis zum Verschwinden bringe. Ein Patient von Dr. Christoffel erklärt, dass das Aufhören seines Bettnässens mit 14 Jahren mit Onanie im Zusammenhang stehe. Das ist aber nicht immer der Fall. Enuresis und Onanie können auch im Pubertätsalter zusammentreffen. Dr. André Berge, der die Beziehungen zwischen diesen beiden Erscheinungen eingehend untersucht hat, berichtet über drei Fälle, in welchen bei jungen Männern Masturbation und Bettnässen koexistierten:

*) Nach Christoffel. Trieb und Kultur.

**) Nach A. Berge.

Ein ungenügend aufgeklärter Fünfzehnjähriger begriff nicht, was seine onanistische Betätigung bedeutete, und glaubte nach Gesprächen mit einem gleichaltrigen Mädchen, er sei in der Entwicklung zurückgeblieben: denn er war in naiver Weise überzeugt, dass analog zur weiblichen Reife, die sich durch die Periode offenbart, die männliche Reife sich durch einen fortgesetzten Erguss mysteriöser Natur kundgeben müsse. Durch ein seltsames Missverständnis schien ihm das Bettnässen sein Streben nach einer Art «weiblicher Männlichkeit», welche ihn zum Erwachsenen gemacht hätte, zu verwirklichen. Bei ihm hatte diese Befriedigung der urethralen Erotik einen eher passiven Charakter und ging parallel zu der aktiven Befriedigung, die er gleichzeitig auf dem genitalen Gebiet fand.

Ein Siebzehnjähriger, einziges Kind, hatte bis zum Alter von zwölf Jahren mit den Eltern geschlafen und nachher im benachbarten Zimmer, dessen Verbindungstür zum Schlafzimmer ständig geöffnet war. Eine übermässige Aggressivität gegen seine Mutter überdeckte eine leidenschaftliche Neigung verbunden mit einer starken Kastrationsangst. Er zitterte unaufhörlich davor, dass seine Onanie entdeckt würde. Das Bettnässen hatte für ihn eine komplexe Bedeutung und war ihm gewissermassen ein Alibi, wie um einen falschen Hinweis auf das Stadium seiner Entwicklung zu geben.

Der dritte Patient — sehr emotionell, sehr intelligent, aber auf eine wenig männliche Art erzogen — beunruhigte sich über etwas, was er für ein Zeichen von abnormaler Hypergenitalität hielt. Er hatte von Zeit zu Zeit nächtliche Pollutionen, onanierte gelegentlich und hatte sogar sexuellen Verkehr mit Prostituierten gehabt. Er nassete aber oft, was tiefe psychische Störungen verrät. Das Vorherrschen der Urethralerotik zeigte sich überdies auch in vorzeitigen Ejakulationen im Verkehr mit Frauen. Dieses Symptom wird für eine gewöhnliche Folgeerscheinung der Enuresis gehalten. In diesem Fall bestanden sie gleichzeitig.

Kemper zeigt, wie Enuresis — besonders wo heterosexuelle Kontaktstörungen vorhanden sind — eine Perversionsbedeutung erwerben kann. In seinem Buch «Störungen der Liebesfähigkeit beim Weibe» erwähnt er Fälle, in denen beim Weib «statt des Orgasmus regelmässig eine ungewollte und der Patientin bis dahin als solche nicht bewusste Urinausstossung erfolgte.»

Wir sehen hier, dass die Beziehung zwischen Geschlechtsreife und dem Verschwinden der Enuresis nicht eine geradlinige ist. Wenn sich die Geschlechtsreife in Onanie und Verkehr mit Prostituierten kundgibt, so ist das wohl ein Ausdruck der reifen Triebhaftigkeit, aber nicht einer wirklichen Persönlichkeitsreife, welche zu einer harmonischen Einstellung positiver Beziehungen dem andern Geschlecht gegenüber führt. Nur diese kann ein endgültiges Verschwinden der Enuresis zur Folge haben. In den andern genannten Fällen kann das Bettnässen wohl scheinbar aufhören, aber die bloss unterdrückte und nicht

richtig verarbeitete Harntriebhaftigkeit wird sich später auf irgend eine Weise störend äussern.

Zum Schluss sollten wir die Ansicht einer grossen Autorität auf diesem Gebiet erwähnen, nämlich die von Dr. Christoffel, der in seinem aufschlussreichen Buche «Trieb und Kultur» von Harntriebhaftigkeit gesprochen hat. Deren aktuellstes Problem, die Enuresis, stellt er dar als eine charakterliche und Beziehungs-Störung, die auf einem Misslingen der Triebbändigung beruht. Er hat den Trieb allgemein als eine unwillkürliche Regung, die willkürlich geformt wird, aufgefasst und hier die kulturellen Gewinne, die speziell aus diesem Trieb hervorgegangen sind, trefflich und ausführlich zusammengestellt.

Ich würde aber das Harnbedürfnis als Trieb bezeichnen in dem Sinne, als ein Alarm aus dem Organismus sich normalerweise dem Bewusstsein kundgibt und zu einem bestimmten willkürlichen Verhalten zur Umwelt veranlasst. Beim Bettnässer wird das Signal nicht wahrgenommen und im Sinne einer Einordnung in seine Umwelt in aktiv tätigem Verhalten verarbeitet, sondern die gestörte Beziehung zur Umwelt hat dieses Triebbedürfnis und den Drang nach Lustgewinnung wachgerufen und ihn veranlasst, sich dementsprechend einzustellen. Während des Tages, wo die Zensur nicht herabgesetzt wird und eine Menge Möglichkeiten für die Ablenkung des Triebes vorhanden sind, zeigen die Bettnässer Selbstbeherrschung; viele von ihnen klagen jedoch über einen unwiderstehlichen Drang und die kurze Spanne zwischen Signal und Wirkung. Auf Trieberziehung kommt alles an.

Wir haben hier gesehen, dass die psychischen Faktoren im Bettnässerproblem eine äusserst wichtige Bedeutung haben und dass solche psychische Ursachen, seien sie sexueller Natur, Angst, Protest, Eifersucht, Gleichgültigkeit, Verwöhnung, welche Bettnässen oder die Bereitschaft dazu bewirken, auf Erziehungsfehlern beruhen und Ausdruck einer Beziehungsstörung sind, die sich zuerst im engen Kreis der Familie, und dann in der Gesellschaft bemerkbar macht. Autoren wie Dr. Christoffel, Dr. Braun und Dr. Wieland,*) die das Bettnässerproblem hauptsächlich als erzieherische Frage auffassen, haben damit das Richtige getroffen. — Um nun die Faktoren, die beim Bettnässen eine Rolle spielen, vollständig darzustellen, wollen wir noch auf die Reinlichkeitsgewöhnung eingehen, welche sich als erzieherisches Tun dem Rahmen der übrigen Erziehung harmonisch einfügen sollte.

*) «Die Enuresis ist nicht lokal bedingt, sondern rein zentral», führt Dr. Wieland aus. «Sie ist die Folge eines ungenügend anerzogenen oder durch Fehlerziehung wieder verlorengegangenen Bedingungsreflexes, d. h. derjenigen Willensimpulse, welche vom Grosshirn zum Blasenzentrum im Sakralmark führen und welche beim etwas älteren und richtig erzogenen Kinde die anfangs (beim Säugling!) noch rein reflektorische und passive Blasenentleerung regulieren, d. h. willkürlich und bewusst beeinflussen. Auf Erziehung, speziell richtige mütterliche Erziehung, kommt alles an... Daher beruht jede wirksame Behandlung der Enuresis infantum auf richtiger Erziehung.»

Kann Enuresis als Ergebnis einer falschen Reinlichkeitsgewöhnung betrachtet werden?

Für Dr. Stirnimann gilt Enuresis nicht als Ueberbleibsel aus der ersten Säuglingszeit, sondern als eine erst später entstandene Verkoppelung des Nässegefühls mit Lustempfindungen. Nach Stirnimann wäre das Nässen nicht wie bei Dr. Christoffel, dessen Meinung ich teile, ursprünglich triebhaft, sondern erst später als etwas Triebhaftes empfunden. «Der Neugeborene liebt es durchaus nicht, nass zu liegen; ist eine Entleerung erfolgt, so wird er wieder unruhig, wimmert oder schreit. Dieses Verhalten verliert sich, wenn die Mutter oder Pflegerin auf den Mahnruf nicht reagiert; er gewöhnt sich ans Nassliegen und lächelt, wenn man nach ihm schaut.»

Aus Erfahrungen in Aegypten kann ich sagen, dass heranwachsende Bettnässerinnen (primäres Bettnässen) während der Periode nicht einnässen. Ob das zeitweilige Verschwinden des Bettnässens dadurch erklärt werden kann, dass das Nässegefühl verbunden mit Lust auch durch das Blut hervorgerufen wurde, konnte ich nicht feststellen, da die Zahl der von mir untersuchten Fälle sehr gering war. Ich halte es aber für möglich.

Dass beim Nässen eine Lustkomponente dabei ist, wurde gewiss durch die aufschlussreichen Erfahrungen bekannter Autoren erwiesen. Diese Lustkomponente findet sich in drei Elementen des Vorganges: im Beschmierungstrieb, im Nassliegen und im Akt des Harnens selbst. Die Existenz dieses Beschmierungsetriebes wurde von der Freudschen Schule mit Recht behauptet. Die Kinder haben Freude am Spiel mit Kot und Urin; sie beschmieren sich wie auch die Wände und den Boden gerne damit, riechen ihn gerne und schaffen sich so Lustgewinne auf eine primitive Weise. Man wird den Einwand erheben, dass das Spiel mit dem Kot in den Rahmen des Greifens nach allem gehört, dass die Entwicklung des Kindes dieses Greifen bedingt. Das Kind würde aber, wenn es die Auswahl hätte, eher nach seinem Kot als nach andern Dingen greifen. Wir haben diesen Schmiertrieb so verdrängt, dass wir nur mit Ekel und Abscheu zu denken vermögen, ein Kind könne von seinem Kot und Urin Lustgewinn haben, und dass wir ihn eher auf eine andere Weise zu erklären suchen.

Das Nassliegen wird an sich als ein Vergnügen erfahren — diese Wärme des Nassliegens unter den Leintüchern wird genossen. Erst die Kälte durch Abdecken wird unangenehm empfunden, genau wie die warmen Bäder für Kinder ein Vergnügen sind und erst beim Herausnehmen die Kälte ungnädig bemerkt wird. Dr. André Berge erwähnt eine Bettnässlerin, die von ihrer Lust erzählt, wenn sie von trockenen zu nassen Stellen im Bett wechselt.

Samuel Gill erzählt, dass bei einer grossen Zahl von Bettnässern, und zwar bei Evakuierten, das Wohlgefühl vorhanden war, sogar wenn sie in einem nassen Bett lagen. Gleichzeitig fehlte das Schamgefühl. Er gibt folgende Beispiele: Ein Bruder hat seiner kleinen Schwester geraten, dass sie aufstehen

soll, um den Harn zu entleeren. Die Schwester kümmert sich nicht darum, befriedigt sich im Bett und schläft sogleich weiter. Ein siebenjähriges Mädchen befriedigt dies Bedürfnis stets durch die Hosen, ausgenommen wenn es sich beobachtet fühlt.

Wo es stärkere Verdrängung gibt infolge der strengen Kritik der Eltern, kann dieses Lustgefühl in Unlust umschlagen. Darum lässt sich auch nicht bei allen Bettnässern Freude am Nassliegen beobachten.

Schliesslich schafft der Akt selbst Lustgefühle, nicht nur durch die Befreiung von einem Druck und zufolge Entspannung und Wohlgefühl, sondern in dem bewussten Ausströmenlassen des Harnstrahles. Man kann das bei den nackten Fellahin sehen, wenn sie am Nil spielen, wie sie einander mit Harn bespritzen und miteinander wegen der Höhe und Weite des Harnstrahles konkurrieren.

Stirnimanns Aussage, dass die Verkoppelung von Lustgefühl mit dem Nassliegen Bettnässen verursacht, ist zum Teil berechtigt, aber keine ausreichende Erklärung für unablässiges Nässen. Um das Bettnässen dauernd zu machen, müssen andere Faktoren mitspielen, denn sicher gibt es Kinder, die früher nass lagen, ohne dass sie später Bettnässer geworden sind.

Stirnimanns Behandlungs- und Vorbeugungsmethode, die auf geeignetem Aufnehmen und richtigem Wahrnehmen des «Schlaf-Wach-Rhythmus» des Säuglings beruht und mit liebevoller Pflege verbunden ist, ist bewundernswert. Das Kind wird ausgewickelt und ihm entweder ein mit Alkohol befeuchteter steriler Tupfer auf den Unterbauch gelegt, oder man lässt ihm aus dem Föhn kalte Luft über die Genitalgegend streichen. Später genügt das Auspacken und unbedeckt Liegenlassen, um die Blasenentleerung herbeizuführen. Es wurde dem Kind eine Schale untergeschoben, da es zu klein war, um auf den Topf gehalten zu werden. Auf diese Weise wurde es möglich, dass das Kind schon mit zwei Wochen trocken lag. Ein solches Verhüten der Nässe, das die Vermeidung von Lustgewinn aus dem Nassliegen bezweckt, ist schon Trieberziehung, «richtige Gewöhnung und keine Dressur».

Auch Dr. Braun scheint richtige Gewöhnung der natürlichste Weg, «der das Kind vor jedem Zwang und jeder Schablone bewahrt, der ihm die natürliche Entwicklung garantiert». Eine starke Bindung der Mutter an das Kind ist dafür nötig. «Eine solche Mutter hört und spürt fast jede Unruhe und jede Bewegung... Sie weiss es bald, was sein Unruhigsein bedeutet, ob Hunger, Schmerz oder Nässegefühl. Sie wird es aufnehmen, trocken legen. Das wird am Anfang in der Nacht öfters sein, sie wird das Notwendige besorgen und das Kind wieder zum Schlaf und zur Ruhe legen.» Die Zwischenräume, nach denen das Kind aufgenommen werden muss, werden mit jeder Woche länger, und bei dieser Erziehung wird das Kind nach zwei Jahren trocken liegen. Es wird sich nie verlassen fühlen: das Nassliegen aber wird vom Kind als Vernachlässigung gespürt und in ihm Angst einpflanzen, die sich in der Tiefe seiner

Seele festsetzt, auch wenn sie später kompensiert werden sollte. Aber ob das Kind sich wirklich vernachlässigt fühlt, hängt davon ab, ob es das Nassliegen als Unlust empfindet. Für Stirnimann ist das Nassliegen ursprünglich unlustbetont. Es ist jedoch nicht das Nassliegen, das das Kind unruhig macht und es schreien lässt, sondern die Spannung, die durch die drückende Blase ausgelöst wird. «Die Säuglingsharnentleerung kündigt sich durch Unruhe... Der Entleerungsakt selbst lässt das Kind ruhig und absorbiert erscheinen.» (Christoffel.)

Interessant ist, was Dr. Heymann über die Gewöhnung auf Grund des Körpergefühls aussagt. Er betont den Pünktlichkeitsfaktor. Das Kind muss mit peinlich eingehaltener Pünktlichkeit aufgenommen werden, damit es die Möglichkeit hat, einen ganz bestimmten Rhythmus zu erleben. «Jedem Rhythmus gegenüber, der von aussen kommt und unbewusst aufgenommen wird, steigert sich dieses Körpergefühl und schliesst den Körper einschliesslich der Harnfunktion ab.» Das Kind wird durch die Pünktlichkeit des Erziehers in einen Rhythmus hineingespannt, sodass es ihn aufnimmt, ohne darum zu wissen. Das intensive Erleben des Rhythmus wirkt so auf das Kleinkind, dass sein Körpergefühl gesteigert wird, und durch diese Steigerung kann es das Gebiet der Harnentleerung in die Geschlossenheit des Körperganzen einbeziehen und dadurch beherrschen. Die Bettnässer sind dazu disponiert, Rhythmen mit Körperbewegungen aufzugreifen und sie in stärkerer Bewusstheit auszuleben, wodurch das Körpergefühl weitgehend verlorengeht. Es reicht dann nicht dafür aus, das Kind seinen Körper auch im Schlaf als in sich geschlossene Gegebenheit erleben zu lassen, sodass auch die Funktion der Harnentleerung während des Schlafs nicht automatisch abgestellt wird. Das Fehlen einer «genügend stark ausgebildeten Erlebnisfähigkeit für die Einhaltung bestimmter Rhythmen» kann also Bettnässen verursachen. Beim Bettnässer kann eine Mißstimmung oder irgend eine seelische Belastung das ohnehin labile Körpergefühl wieder aufheben und Einnässen zur Folge haben. Zur Behandlung des Bettnässens sollte das Körpergefühl gestärkt werden. Mittel dazu sind freudige Spannung, Ueberraschung, mechanische Einwirkung, die Haut anregende Badezusätze, starkes Würzen der Speisen.

Dass Dr. Heymann für Pünktlichkeit eintritt, ist berechtigt, denn das Kind wird den Harndrang mit dem bestimmten Rhythmus des Aufgenommenwerdens in Zusammenhang bringen und auf ihn zu achten lernen. Dadurch, dass das Nassliegen vermieden wird, kann das Kind sich nicht daran gewöhnen, daraus Lust zu gewinnen und wird später leicht zugunsten der Einordnung in die Gesellschaft auf diese Triebbefriedigung verzichten. Andererseits ist es nicht gesagt, dass ein Kind zum Bettnässer wird, weil es nicht mit strenger Pünktlichkeit aufgenommen wurde. - Dass aber Kinder, die besonders für Rhythmen mit Körperbewegung empfänglich sind, zum Bettnässen neigen, scheint erstens nicht genügend erwiesen - es ist wohl eine Theorie, die noch geprüft

werden müsste. Zweitens lässt Heymann uns im Unklaren darüber, woher die verschiedene Empfänglichkeit für Rhythmen komme, ob sie angeboren oder durch irgendwelche organische oder psychische Einflüsse verursacht sei. Heymanns Mittel gegen das Bettnässen können von guter Wirkung auf das Allgemeinbefinden sein. Aber der Zusammenhang zwischen der Steigerung des Körpergefühls und der Behandlungsweise durch mechanische Einwirkung (Kleider, hautanregende Bäder) wie auch stark gewürzte Speisen ist nicht sehr deutlich dargestellt. Vielleicht wird dieses Körpergefühl zuerst durch gröbere Reize angeregt und dann durch allmähliche Verfeinerung derselben gesteigert und dazu gebracht, auch für schwächere Reize — wie den beim Bettnässer sonst nicht verspürten Harndrang — empfänglich zu werden. Diese Art der Behandlung würde bei Kindern, die aus Trotz oder Gleichgültigkeit nassen, kaum Erfolg haben.

Andere Autoren, die die Wichtigkeit der Gewöhnung unterstützen und das Bettnässen für das Ergebnis einer falschen Gewöhnung halten, sind Holt und Howland.*) Sie glauben, das Bettnässen sei fast unter allen Umständen eine reine Gewohnheit, oft mit anderen Gewohnheiten verknüpft, die eine Instabilität oder erhöhte Empfindlichkeit des Nervensystems anzeigt. Als Behandlung wird intensive Gewöhnung empfohlen.

Dr. Helen Wooley hat sich über diese Ansicht eingehender geäußert. Sie behauptet, das Bettnässen sei hauptsächlich ein Problem der Gewöhnung und der psychischen Einstellung des Kindes. Viele Probleme der noch nicht schulreifen Kinder können sich bei vielen zeigen, müssen aber nicht unbedingt bei jedem Kind erscheinen. Das gilt jedoch nicht von Enuresis. Kein Kind ist für die regulierten Gewohnheiten der Entleerungsfunktionen trainiert geboren. Dr. Wooley ist der Meinung, dass Gewöhnung schon mit zwei Monaten unternommen werden sollte. Verspätete Gewöhnung kann auf schlechte Gewohnheiten bei der Entleerung führen und das Ueberwinden derselben für das Kind erschweren. Ein älteres Kind hat eine Stufe grösserer Unabhängigkeit erreicht, wird eine negativistische Reaktion zeigen und der Gewöhnung viel mehr als ein kleineres Kind widerstehen. Ein anderer Fehler, der von den Erziehern gemacht wird, ist das Gewöhnen des Kindes auf eine Weise, die seinen Antagonismus herausfordert, wobei dann das Nässen vom Kind benutzt wird, um die Eltern zu ärgern und zu reizen. Das Lärmschlagen der Eltern über die Enuresis des Kindes hilft ihm, sich ins Zentrum zu stellen und in seinem Nässen zu beharren. Eine Methode, die dem Kind Furcht einflösst, wirkt ebenfalls ungünstig auf das Bettnässen. Misserfolg in der Reinlichkeitsgewöhnung kann auch darauf beruhen, dass das Kind einen vagen Wunsch hat, nicht grösser zu werden. Die Behandlung besteht im Eliminieren der schlechten und Anspornen zu guten Gewohnheiten, wie Ausschalten der Furcht, Veranlassung zum Glau-

*) Nach: Psychologic Aspects of Pediatrics. Enuresis in Children, by Harry Bakwin, M. D. The Journal of Pediatrics, Vol. 34/1949, p. 249—263.

ben, dass Erfolg errungen werden kann, Anregung des Interesses am Erfolg und Entwicklung einer Einstellung der Verantwortlichkeit. Das Kind soll sich für sein Verhalten verantwortlich fühlen. Es muss nachts aufstehen; und wenn es sein Bett eingenässt hat, soll es seine Leintücher und Wäsche selbst waschen, sogar wenn es noch zu klein ist, dies ganz allein zu tun. Auch ein vierjähriges Kind kann diese Sachen selbst besorgen, vorausgesetzt, dass es ein wenig beaufsichtigt wird. Diese Notwendigkeit soll nicht als Strafe eingeführt werden, sondern als eine natürliche Folge des Aktes. Das Gefühl der Verantwortlichkeit soll sich auch auf andere Gebiete übertragen; zum Beispiel soll das Kind sich selbst an- und ausziehen, allein essen, seine Spielsachen in Ordnung halten — kurzum, es soll seine Rolle als Glied der Familie und später der Gesellschaft erfüllen.

Einer extremen Ansicht inbezug auf Gewöhnung ist bei Zulliger, Schneider und dem Ehepaar Blum Ausdruck gegeben. Wie Schneider erwähnt, wird «ein gesundes Kind, das nicht zwangsweise zur Bett- und Zimmerreinheit erzogen wurde, mit dem Reifen der Ausscheidungsorgane und der dazu gehörigen Nervenbahnen von selbst bettrein werden». Zulliger stellt fest, dass «... eine Reinlichkeitserziehung, gleichviel mit welchem Mittel, unnötig ist». Er erzählt nach dem Ehepaar Blum Folgendes:

«An der Entwicklung unserer eigenen Kinder reifte sich die Ueberzeugung, dass eine Reinlichkeitserziehung überhaupt ein Unding ist — dass alle Bemühungen in dieser Hinsicht falsch sind, auf Kosten der freien Entfaltung des Kindes gehen... Wir setzten sie vom sechsten Monat an aufs Töpfchen, lobten sie, wenn manchmal etwas abgesetzt wurde, tadelten sie milde und zeigten unseren Unwillen, wenn das Kind sofort nach dem Abpassen sich schmutzig machte. Zwar hat man sich auch geärgert und mit «Schäm dich!» und «Pfui!» reagiert, weil es schien, das Kind mache absichtlich in die Hosen. Was ist auch einem Erzieher schlimmer, was verletzt noch mehr seinen Stolz und seine Eigenliebe als das Gefühl, das Kind halte ihn zum Narren. So haben wir dem Kind im Zusammenhang mit seinen Ausscheidungen den Begriff für Gut und Böse eingeimpft. Es war ein gutes Kind, wenn es in den Topf machte, ein schlechtes, wenn es ihm nicht gelang, und da es ihm aber fast nie gelang, unsere Forderung zu erfüllen, musste es sich täglich und immer 2½ Jahre lang als böses und schlechtes Kind fühlen. Nachts versuchte man das Kind aufzunehmen — ausser kläglichem Weinen und Schlafstörungen erreichte man nichts. Der Aufwand der Bemühungen lohnte sich nicht in Hinsicht auf den Erfolg. Man sah bald, wie schädlich dieses Fordern und Hadern auch in milderer Form auf das Kind wirkte.»

Das Kind hatte mit zwei Jahren Ess-Schwierigkeiten, wahrscheinlich infolge der Reinlichkeitserziehung, welche dann von den Eltern abgestoppt wurde. Mit 2½ Jahren wurde das Kind auf einmal von selber trocken. — Das Ehe-

paar Blum hätte das Kind sicher durch Gewöhnung zur Reinlichkeit bringen können, ohne ihm Unlustgefühle zu verursachen, wenn sie den Schlaf-Wach-Rhythmus des Kindes genau beachtet und im geeigneten Zeitpunkt damit begonnen hätten. Die Gewöhnung wurde in einer kritischen Zeit angefangen. Es war nicht so früh, dass das Kind keine Einwände dagegen erheben konnte und noch nicht spät genug, dass «diese Reinlichkeitserziehung unter sinnvoller Mithilfe des Kindes (nicht gegen es!) erfolgen kann. Die aber ist eindeutig beim Halbjährigen noch nicht vorhanden. Deshalb musste die von pädiatrischer Seite aufgestellte Forderung, bereits beim Halbjährigen mit der Reinlichkeitserziehung zu beginnen, von uns abgelehnt werden, da zu dieser Zeit die notwendigen biologischen Voraussetzungen noch nicht genügend gegeben sind.» (Kemper.)

Das Ehepaar Blum hat infolge der unangenehmen Erfahrungen inbezug auf Reinlichkeit mit der ersten Tochter den Entschluss gefasst, sich bei der zweiten und dritten nicht in die Reinlichkeitsentwicklung einzumischen. «Wir liessen die Kinder in dieser Beziehung durchaus in Ruhe. Sie wurden nie aufs Töpfchen gehalten, weder tags noch nachts. Das Kind wurde geduldig, ohne Forderung, Lob oder Tadel immer sorgfältig gereinigt und mit gleicher Liebe behandelt, ob es sauber oder schmutzig war. Alle fremden Einflüsse wurden dadurch ferngehalten, dass die Mutter selber die Pflege übernahm.

Bei den beiden jüngeren Kindern war es eine Freude, zu sehen, wie wohl sie sich fühlten, wie innig und ungetrübt die Beziehungen zu den Eltern und Spielsachen sich gestalteten und blieben. Weder Eßstörungen noch Aengste, noch neurotische Erscheinungen traten auf.

Im zweiten Lebensjahr setzten sich die beiden jüngeren oft spielend auf den Topf, den sie durch die ältere Schwester kennen lernten, und machten manchmal auch hinein. Nach dem zweiten Lebensjahr kam dann spontan und plötzlich das Bedürfnis, rein zu sein, und es gelang den Kindern von einem Tag auf den andern vollkommen, sich sauber zu halten, zuerst bei Tage, bald auch nachts.

Als die zweite Tochter mit etwa zwei Jahren und acht Monaten eines Abends sagte, sie wolle kein Gummihöschen mehr für die Nacht, zweifelten wir sehr, ob es ihr gelinge, sich trocken zu halten und zur rechten Zeit aufzuwachen, weil sie ja nie nachts dazu geweckt worden war und also keine Uebungsgewöhnung hatte. Aber sie war am Morgen trocken, war auf dem Töpfchen gewesen und blieb von da an vollkommen sauber. Als das dritte Kind im gleichen Alter mit der gleichen Forderung kam, traute man es ihm zu und sah auch, es hat sich bewährt. Beide Kinder blieben vollkommen sauber bis zum fünften Lebensjahr. In diesem Zeitpunkt kam bei beiden ein kurzfristiger Rückfall. Nur am Tage, nie nachts, machten sie ca. 2—3 Wochen lang in die Hosen, liessen sich gerne reinigen, genierten sich keine Spur vor den Eltern und meldeten mit schelmischem Gesicht, wenn etwas passiert war. Auf

die Frage: Warum machst du in die Hosen? hiess es bei beiden: Es kommt von selbst, ich kann nichts dafür! Auch hier wurde von seiten der Erwachsenen keine unwillige Bemerkung gemacht.

Die beiden jüngeren Kinder fielen durch ihr ausgeglichenes Wesen, durch ihre Innigkeit und Konstanz der Gefühle zu Menschen, Tieren und Spielsachen und durch ihre Loyalität und Freigiebigkeit auf. Auch die Neidreaktionen waren geringer als bei der Ältesten. Intellektuell haben sich die beiden jüngeren gut entwickelt, ihre geistigen Interessen und Fähigkeiten entsprachen der jeweiligen Altersstufe. Die Kinder zeigten nie Angst, Angstzustände oder Phobien irgendwelcher Art. Sie waren sozial besser angepasst als die Älteste, konnten lieben und Liebe empfangen, hatten ihr frohes, unbekümmertes, unmittelbares Wesen, man sah nichts von weltentrückter Träumerei, von frühem Leid und Schwere auf ihren Gesichtern.»

Wenn man die Erfahrungen des Ehepaares Blum besonders mit der zweiten und dritten Tochter betrachtet, findet man, dass die Reinlichkeitsgewöhnung im Grunde genommen nicht fehlte. Es ist allerdings eine «selbstinduzierte» Reinlichkeitsgewöhnung. Die Faktoren, die in der Reinlichkeitsentwicklung mithelfen, sind in Wirklichkeit vorhanden: die harmonische Beziehung zu den Eltern, die Gewinnung eines Sinnes für Reinlichkeit durch Uebertragung aus anderen Gebieten (wie etwa dem von Kleidung und Essen und täglicher Körperpflege) sowohl wie das Beispiel der älteren Schwester und die sorgfältige Reinigung, wenn «etwas passiert war». Schon das Spiel auf dem Töpfchen diente als Ersatz für die direkte Befriedigung — zur Sublimierung des Triebes. Ohne aktive Mitwirkung der Eltern kam das Kind von selbst dazu, sich zu bemühen, um den Eltern noch besser zu gefallen und ihnen ähnlicher zu werden. Man muss aber hier einige Einschränkungen machen: Diese selbstinduzierte Gewöhnung kann nur unter allergünstigsten Umständen erfolgen, nämlich wenn alle oben genannten Faktoren vorhanden sind. Sie tritt auch viel später ein als bei richtiger aktiver Erziehung auf diesem Gebiet, und schliesslich muss man mit grosser Wahrscheinlichkeit auf Rückfälle rechnen.

Gewöhnung soll aber nie im Sinne einer Dressur aufgefasst werden, welche ihr Ziel mit Hilfe von Zwang, Drohung, Angst zu erreichen sucht. Gewiss kann auch ein dressiertes Kind rein werden, doch ist der Erfolg nur ein scheinbarer, indem das Kind eine Ersatzbefriedigung auf anderen Gebieten sucht. (Neurotische Vielesserei, Naschhaftigkeit usw.), was besonders der Fall sein dürfte, wenn mit der Dressur sehr früh begonnen wurde und die Gewohnheit sich sehr stark in der kindlichen Seele verankern konnte. Wenn aber die Dressur erst später einsetzte, ist es wohl möglich, dass auf demselben Gebiet Rückfälle auftreten. Für einige Zeit unterwirft sich das Kind der Macht der Eltern, lässt sich aber später nicht mehr unterdrücken und beginnt wieder zu nässen.

Wir wollen aber eine Gewöhnung, die keine nachteiligen Folgen für das

Kind hat. Sie soll sich in den Rahmen einer liebevollen Erziehung einordnen, welche darauf hinzielt, ein Gleichgewicht der Triebe, eine freie Entfaltung des ganzen Wesens und damit eine möglichst reibungslose Einpassung in die Welt zu fördern.

Resultat

Wir haben gesehen, dass für das Zustandekommen des Bettnässens recht viele verschiedenartige Einflüsse mitverantwortlich sein können. Das Entscheidende aber ist fehlerhafte Erziehung, die gestörte Beziehungen zu den Eltern zur Folge hat und sich besonders in der Periode der Reinlichkeits-erziehung auswirkt, indem sie die Bereitschaft zur Anpassung an die diesbezüglichen Anforderungen der Umwelt herabsetzt. Es kann oft vorkommen, dass dabei eine «latente Bettnässerstruktur» geschaffen wird, wobei die Reinlichkeitsgewöhnung scheinbar Erfolg hat, aber nur solange die Blase nicht zu grossen Belastungen ausgesetzt ist. Um das Bettnässen in Erscheinung treten zu lassen, sei es in Form der Chronifizierung des primären oder Auslösung des sekundären Bettnässens, bedarf es noch der Mitwirkung anderer Einflüsse, wie körperliche oder psychische Faktoren und ungünstige Lebensbedingungen, deren Zusammenspiel je nach dem Fall variieren kann.

Es ist zu betonen, dass die genannten Faktoren das Bettnässen wohl begünstigen, aber nicht eigentliche Ursache desselben sind. So ist es auch verständlich, dass die erzieherische Beeinflussung in der Behandlung (nicht nur der «psychisch bedingten», sondern überhaupt aller Fälle) von Enuresis immer das wirksamste Mittel ist. Doch darf darüber nicht vergessen werden, dass die eigentliche Aufgabe der Erziehung darin besteht, von Anfang an jeden Anstoss zu einer Fehlentwicklung zu verhüten und das Kind in der harmonischen Entfaltung sowohl seiner geistig-seelischen wie auch körperlichen Kräfte aufs Beste zu unterstützen.

Viertes Kapitel:

Die Behandlung des Bettnässens

Die Behandlung des Bettnässens ist eine erzieherische Frage: die erzieherische Verantwortung liegt in der Gemeinschaftsarbeit von Arzt, Heilpädagoge und Fürsorger. Der Anteil jedes dieser Gebiete variiert je nach dem Fall und nach der Umgebung des Patienten. — In Aegypten ist die Arbeit des *Fürsorgers* eigentlich unentbehrlich, obgleich bis jetzt auf diesem Gebiet noch nicht alles Wünschenswerte erreicht wurde. Durch Besuche bei den Eltern — nach Meldung von der Schule oder Klinik aus — sind die Fürsorger in der Lage, über Tatsachen zu berichten, die von den Eltern selbst nicht erwähnt wurden, deren Kenntnis aber eine grosse Hilfe für die Behandlung bedeutet. Sie können Auskunft geben über das Niveau der Reinlichkeit, über den Schlaf des Kindes, ob es allein oder mit der ganzen Familie zusammen schläft, ob es gut zugedeckt wird oder nicht, über sein Verhalten den Eltern und Geschwistern gegenüber. Vor allem können sie soweit wie möglich dafür sorgen, dass die Eltern mit dem Kind gegebenenfalls zur Beratung kommen. Wo aber die Eltern wegen finanzieller Schwierigkeiten nicht zu kommen wagen, sind auch die Fürsorger nicht imstande zu helfen. Da die Eltern das Bettnässen für nicht gefährlich halten — niemand wird daran sterben — so werden sie, wenn sie die Fahrt nicht zahlen können, die Behandlung aufgeben und das Kind seinem Schicksal überlassen. Es wäre Sache des Staates, hier einzugreifen und für die Behandlung von Kindern aus bedürftigen Familien Mittel zur Verfügung zu stellen und damit die Gesundheit und Leistungsfähigkeit seiner künftigen Bürger zu fördern. Die Fürsorger sind auch wichtig für die weitere Verfolgung der Fälle. — In der Schweiz, wo häusliche Reinlichkeit und Schlafverhältnisse im grossen ganzen normal sind, wo die Eltern der heilpädagogischen Behandlung eher Vertrauen schenken und von selbst kommen, ist die Bedeutung der Fürsorge in dieser Beziehung relativ geringer.

Während dem Fürsorger die Abklärung über die häuslichen Verhältnisse obliegt, fällt dem *Arzt* die Aufgabe einer gründlichen körperlichen Untersuchung zu. Ob das Kind die anlagemässige Disposition entfalten kann, hat der

Arzt zu bestimmen. Ist das Bettnässen «Inkontinenz», was sehr selten vorkommt, dann ist die Behandlung zum grössten Teil Sache des Arztes; nur die psychischen Komplikationen, die daraus resultieren, gehören ins erzieherische Gebiet. Ist das Bettnässen durch Blasenentzündung, Blasenreizung durch Würmer, Phimose, Adhäsion des Präputiums mitbedingt, dann sollte der Arzt diese körperlichen Erscheinungen zu beseitigen suchen. Auch adenoide Wucherungen, die durch Atembehinderung den Schlaf beeinträchtigen, sollten operiert werden. Ferner sind, wie Glanzmann sagt, die Schilddrüsentabletten für Schwachbegabte, besonders bei Myxoedem, von Bedeutung. Bei Behandlung des Myxoedems durch Schilddrüsentabletten verschwand die Enuresis. Setzte man mit der Schilddrüsenbehandlung aus, so wurden die Kinder wieder dick und plump, und so war auch die Enuresis wieder da. Es gibt demnach ein endokrin mitbedingtes und der Opothérapie zugängliches Bettnässen. Man weiss aber nicht, ob bei Glanzmanns Patienten noch andere Faktoren neben der Schilddrüsenbehandlung im Spiel waren, etwa die veränderte Einstellung der Eltern gegenüber den Kindern während der Behandlung oder die suggestive Wirkung auf die Patienten. Andere Autoren behaupten, dass nach ihren Erfahrungen Behandlung mit Schilddrüsentabletten bei verschiedenen Graden und Typen von Schwachbegabten ohne die geringste Verbesserung in bezug auf die Beherrschung der Blase einherging. Wir können sagen, dass die Schilddrüsenbehandlung allein keine Wirkung hat, sondern nur als eine zusätzliche Hilfe neben der erzieherischen Behandlung in Frage kommt. Auch die oben erwähnten Erkrankungen wirken nur als begünstigende Faktoren, deren Aufhebung den Allgemeinzustand des Kindes verbessert und die erzieherischen Massnahmen unterstützt, aber die Enuresis nicht heilt.

Im Gegensatz zu diesen notwendigen Massnahmen wurden von einigen Aerzten Mittel empfohlen, die oft nutzlos, meistens sogar schädlich waren und welche eine Verminderung des Schlafes bezweckten. Als solche Medikamente sind z. B. die berühmten Belladonna-Präparate zu erwähnen, die seit über hundert Jahren benutzt und oft in grossen Mengen gegeben wurden, sodass mit der Zeit ein gewisser Grad von Vergiftung für das arme Kind zustande kam. Machts Experimente mit grossen Quantitäten von Atropin bei Mäusen zeigten, welch drastischen Einfluss dieses Medikament hat. Infolge der Toxämie wurden Erscheinungen wie Verlust des Gedächtnisses und der natürlichen Lebhaftigkeit beobachtet. Selbstverständlich ist der Einfluss für den Menschen nicht ebenso gefährlich, aber doch kann die Schulleistung des Kindes beeinträchtigt werden; auch wegen oberflächlichen Schlafes wird das Kind nervös und reizbar. Solche Behandlungen können nur rein suggestiv wirken und nicht auf das Wesen der Krankheit zielen.

Auch die Beschränkung der Flüssigkeitsaufnahme wird von manchen Aerzten als wirksame Behandlung empfohlen. Beyme sagt, dass die Trockenkost sich sehr günstig auswirke, auch psychofunktionell. Der Erfolg, den der Pa-

tient bei sich und seinen Kameraden feststellen konnte, stärkte den Glauben an die eigene Leistungsfähigkeit und an die Richtigkeit der Voraussage des Arztes; eingeschliffene bedingte Reflexe wurden durchbrochen. Durch stufenweisen Uebergang von Trockenkost zu Normalkost wurde der Gesundungswille angesport im Sinne des Wettbewerbs mit Leidensgenossen. Die Selbstüberwindung, welche es kostete, trotz Durst nicht zu trinken, erwies sich als erzieherisch wertvoll. Beyme bemerkt zum Schluss, dass er nicht einsehen könne, warum eine solche Behandlung, die die psychische Behandlung absolut nicht ausschliesst, sondern sehr wirksam unterstützt, abgelehnt werden sollte. — Selbstverständlich führt eine gefüllte Blase leichter zur Entleerung als eine leere Blase; aber diese Beschränkung der Flüssigkeitszufuhr greift doch nicht am Kern des Leidens an. Schon geringe Füllung der Blase kann beim Bettnässer zur Harnentleerung führen. Zweitens gibt es Leute, die die Blase in der Nacht entleeren, ohne dass sie Bettnässer zu sein brauchen. Drittens wird eine solche Behandlung die Umgebung des Kindes vom Wesen der Krankheit ablenken und sie zur Meinung veranlassen, dass die vermehrte Flüssigkeitsaufnahme Ursache des Einnässens sei. Viertens wird, wie Kata Lévy mit Recht sagt, einem Kind, das schon einen Trieb nicht zu bändigen vermag, die Beschränkung eines anderen Triebes erst recht schwer fallen und von ihm nicht ruhig hingenommen werden, sondern es, wie Kemper sagt, die Härte seiner Umgebung spüren lassen. Er erzählt nach Frau Seiff von einem Fall, in dem gerade durch die Aufhebung der ständigen Flüssigkeitsbeschränkung ein bisher hartnäckiges Einnässen geheilt wurde. Es ist viel besser, erst den Willen zur Bändigung der Harntriebshaftigkeit zu erwecken.

Weiter sind auch epidurale und retrorektale Injektionen, Blasenspülungen, Massage, elektrische Behandlung ungünstig für den Bettnässer. Massage kann zu geschlechtlicher Erregung führen. Die andern Massnahmen können das Kind in Gefahr bringen. Dr. Albert Uffenheimer berichtet, wie Lévy durch Blasenfüllungen ein Todesopfer verschuldet hat. Auch von Hintze, ein entschiedener Anhänger der Methode der epiduralen Injektionen, erzählt, dass einer der von ihm behandelten Patienten an einer infektiösen Hirnhautentzündung starb.

Die Hypnose hingegen ist nicht gefährlich, besonders wenn sie vom Arzt durchgeführt wird. Viele Aerzte berichten von Erfolgen, welche sie mit dieser Methode erzielten. Wo aber der Therapeut den Patienten zu voller bewusster Mitarbeit anregen will, ist die Hypnose bedeutungslos.

Zusammenfassend soll die ärztliche Behandlung nur in der Verbesserung des Allgemeinzustandes des Bettnässers bestehen und in der Entfernung aller Ursachen, die die Entwicklung zur Reinlichkeit erschweren.

Aber wie schon erwähnt ist das Bettnässen weder anlagemässig noch durch die Umwelt bedingt, sondern durch das besondere Konvergieren der Anlage mit der

Umwelt. Darum wirkt eine ungünstige häusliche Atmosphäre, hauptsächlich in der Phase der Reinlichkeitserziehung, hemmend auf die Entfaltung der Anlage. Verwöhnung, einer der hauptsächlichsten *Erziehungsfehler*, wird besonders den Kontakt des Kindes mit der realen Welt und auch die Eingliederung in die soziale Welt erschweren und damit fehlende Einsicht in seine Aufgaben gegenüber der Gesellschaft zur Folge haben. Die Eltern trauen ihren Kindern nicht zu, dass sie etwas von sich aus tun könnten, und somit verharren diese entmutigt in bequemer Unselbständigkeit. Auch Mütter, die an ihre Kinder allzu grosse Anforderungen stellen und sie zu Musterkindern erziehen wollen, überschreiten oft das Vermögen ihres Kindes. Sie möchten, dass es sehr früh sauber werde, und dadurch wird das Kind entmutigt und in der Reinlichkeitsgewöhnung versagen.

Auch die Strafe, die im Namen der Erziehung übertrieben wird, kann die Kinder schädigen. Solche Kinder werden sich der Gesellschaft gegenüber feindlich verhalten und ihrer Aufforderung, die das Verzichten auf die Triebe angeht, nicht nachkommen. Auch bei Nachlässigkeit der Eltern, welche sich wenig um ein Kind kümmern und andere bevorzugen, kann Verwahrlosung im vitalen Bereich die Folge sein. Wo die Eltern ein Bohémien-Leben führen, sich sehr primitiv verhalten und ihre natürlichen Antriebe kurzschlüssig befriedigen, besteht ebenfalls wenig Hoffnung, dass das Kind gute Gewohnheiten erlangen oder auf sein triebhaftes Verhalten — wie das Bettnässen — verzichten kann. Wir sehen bereits, dass ein solches fehlerhaftes Verhalten der Umgebung für die Entfaltung jener Bereitschaft zur Reinlichkeit keinen üppigen Boden bietet, dass infolge der oben erwähnten Erziehungsfehler die wirksame harmonische Beziehung des «liebenden Miteinander» nicht verwirklicht wird. Nur durch Liebe — und dabei meinen wir erzieherische Liebe — ist der Weg zur Ueberwältigung der Antriebe und Anpassung an die Gesellschaft vorbereitet. Sie setzt dem Kind das Ziel, im Interesse der Gesellschaft seine Triebhaftigkeit zu bändigen.

Die *Arbeit des Heilpädagogen* liegt in diesem Gebiet. Es ist seine Aufgabe, eine gute Atmosphäre für das Kind zu schaffen, welche die erzieherische Bemühung ihrerseits fördern wird. Dazu gehört auch die Untersuchung des Bettnässers und die Beseitigung der Faktoren, die seiner Heilung im Wege stehen.

Die blosse Herstellung einer harmonischen Beziehung zur Umgebung ohne Nachholen der *Erziehung der Antriebe*, die auf Übungsfähigkeit und Übungswillen beruht, wird jedoch keine endgültige Heilung bringen; sie wird also nur solange anhalten, als die Umgebung tadellos freundlich bleibt. Das Versetzen aus einer lieblosen Umgebung, wo das Kind zwischen Vater und Mutter hin und her gerissen wurde, wo seine Geschwister bevorzugt wurden oder wo es von der Mutter vernachlässigt, vom Vater streng bestraft wurde, an einen neuen, erfreulichen Ort bewirkt oft promptes Verschwinden des Bettnässens.

Das Kind ist glücklich in seiner neuen Umgebung und kann ruhig durchschlafen. Die Blase wird während der Nacht nicht stark angesprochen und kann — wie es meistens bei normalen Menschen der Fall ist — mit der Entleerung bis zum Morgen warten. Kehrt das Kind wieder zurück zu seinem unfreundlichen Elternhaus, wieder zu seinen ungünstigen Verhältnissen, zu seiner Heimat, wo es sich nicht bejaht fühlt, so tritt auch das Bettnässen wieder auf. Hat es aber in jener liebevollen Umgebung gelernt, mit seinen Trieben fertig zu werden, so wird es nach seiner Rückkehr vielleicht auf eine andere Weise reagieren, mehrere Male aufstehen, aber nicht primitiv in seinem Drang aufgehen.

Darum halten wir es für wichtig, nicht nur die Umgebung zu verbessern und die körperlichen krankhaften Erscheinungen zu beheben, sondern auch das Kind seiner Umgebung entgegen gehen zu lassen. Man muss berücksichtigen, dass zum menschlichen Dasein ein Wollen gehört, das die natürlichen Antriebe einem Ziel unterordnet. Im Gegensatz dazu ist ein Tier als solches und als ganzes von seinen Trieben und nur von seinen Trieben bestimmt. Es spürt sie nicht als besonders von ihm feststellbar, sondern reagiert nur nach einem ihm innewohnenden Schema auf die in seiner Umwelt auftauchenden Signale. Das Wahrnehmen der Zeichen und Beherrschen der Triebe wird erst möglich, wo — im Menschen — eine weitere Vermittlung und Zentrierung zu dem einfachen reflektorischen Verhalten hinzugekommen ist, welche dem Menschen gestattet, seine Triebe als etwas Eigenes zu spüren, sich von ihnen zu unterscheiden und sich ihnen gegenüberzustellen. Der Mensch muss instande sein, sich auf sie hin zu verhalten und lebt nicht einfach seinen Drängen gemäss dahin. Beim Bettnässer fehlt die Wahrnehmung solcher Zeichen im Schlaf. Der Erzieher soll an sein Wollen appellieren und ihn zur Selbsterziehung, zur Beherrschung der Triebe aufrufen. Er wird versuchen, das Kind dahin zu bringen, dass es den Harndrang verspürt, d. h. dass die Reize in die höheren Zentren gelangen und unter allen Umständen von ihm wahrgenommen werden. Erst wenn der Bettnässer sich von seinen Trieben distanzieren und den Harndrang wahrnehmen kann, ist zu hoffen, dass er über die Vorstufe des nächtlichen Aufstehens den Weg zum normalen Verhalten, nämlich dem harnreizlosen Durchschlafen findet. Jene Vorstufe des nächtlichen Aufstehens ist nötig, damit das Kind unter allen Umständen die Reize zu beachten lernt. Ist das Kind stark erkältet, so steht es auf. Hat es harntreibende Flüssigkeiten getrunken, so reagiert es dennoch nicht primitiv. Ist es aufgeregt, so merkt es den Reiz und kann trotzdem bis zum geeigneten Augenblick warten. Ausschlaggebend für die Beurteilung des Heilungserfolges ist jedoch das normale Durchschlafen, das von der harmonischen Beziehung zu den Eltern abhängig ist sowie auch von der Bearbeitung seiner eigenen Konflikte.

Um dieses Ziel zu erreichen, lenkt der Erzieher die Aufmerksamkeit des Patienten auf seine Schwäche und zeigt ihm, wie er diese schlechte Gewohn-

heit überwinden kann. Man muss ihm auch die Ursachen erklären, ihm begreiflich machen, dass es sich nicht um eine körperliche Krankheit handelt und dass er mit seinem eigenen Willen Erfolg zu erreichen vermag. Man muss sein Vertrauen auf das eigene Können erwecken und ihm vor Augen führen, welche Befriedigung, Erleichterung und welchen Nutzen ihm die Heilung verschaffen werde. Eine solche Lenkung bedeutet nicht krankhafte Fixierung an die Krankheit, sondern will über deren Wesen Aufschluss geben und bezweckt damit einen Gewinn an Einsichtigkeit, eine Erziehung des Willens.

Um dem Patienten klarzumachen, dass seine Schwäche nicht auf einer organischen Erkrankung, sondern zunächst auf mangelnder Kontrolle der Harnfunktion durch das Bewusstsein beruht, zeigen wir ihm zuerst, wie er während des Tages seine Harnfunktion beherrschen kann und nur nachts versagt. Dann suchen wir ihm die nervösen Vorgänge auf eine seinem Verständnis angepasste Weise zu veranschaulichen. Anhand einer Abbildung (siehe Fig. 11) wird dem

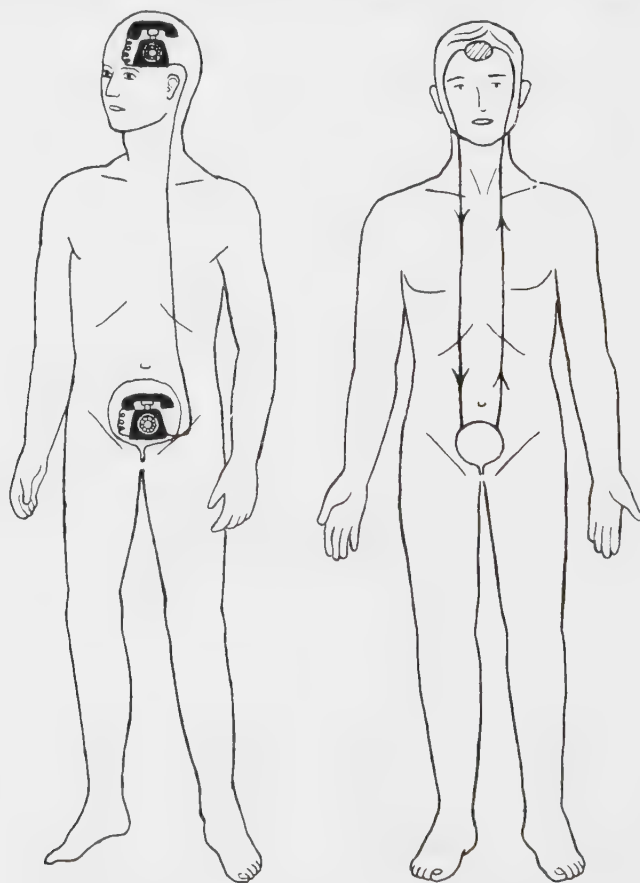


Fig. 11

Schemata zur Erklärung der nervösen Verbindung Blase-Hirn.

Kind erklärt, dass Wege von der Blase zum Gehirn führen, auf welchen Boten hin und zurück laufen. (Statt dessen kann man auch von einer Telephonleitung sprechen oder je nach Alter und Intelligenz schematisch die hauptsächlichsten Vorgänge in den Nerven darstellen, ihm erklären, wie Erregung und andere Faktoren auf die Blase wirken.)

Wenn nun die Blase voll ist und sich entleeren sollte, so schickt sie einen Boten mit dieser Meldung hinauf. Hat das Kind vor dem Einschlafen nicht daran gedacht, dass in der Nacht ein solcher Bote eintreffen könnte, so schläft es «ganz» und wird sein Klopfen nicht hören — er kehrt unverrichteter Dinge zurück, und die Blase entleert sich von selbst, ohne Erlaubnis von oben. Wenn es sich dagegen fest vorgenommen hat, auch im Schlaf «aufzupassen», so bleibt etwas in ihm wach (d. h. das Zentrum ist in ständiger Bereitschaft, Reize aufzunehmen und zu beantworten), vernimmt die Botschaft und weckt das Kind vollständig. Der Bote läuft dann wieder zur Blase zurück und sagt ihr, sie solle mit der Entleerung noch warten, bis das Kind aufgestanden sei und den Abort aufgesucht habe. Damit das Kind verstehen kann, dass «etwas» in ihm wach bleibt, führen wir konkrete Beispiele an: wie es etwa, wenn eine Schulreise, ein Fest oder sonst ein grosses Ereignis — z. B. in der Schweiz «Schulsylvester» — bevorsteht, viel früher erwacht als gewöhnlich. Weil es am Abend vorher daran dachte, dass es früh aufstehen müsse, und weil es ein gewisses Interesse daran hat, bleibt auch in diesen Fällen etwas in ihm wach und veranlasst es, zur gegebenen Zeit völlig zu erwachen. Bosshard spricht in dieser Hinsicht von einer Körperuhr, von dem Existieren einer ursprünglichen Zeitauffassung, die unter Umständen in den Dienst der bewussten, rationalen, durch Instrumente gemessenen Zeit gestellt werden kann. In Analogie zu dem Spüren des Reizes und Achten darauf führen wir dem Patienten auch das bekannte Beispiel der Mutter vor Augen, die beim leisesten Wimmern des Kindes erwacht — weil es das einzige Geräusch ist, das sie etwas angeht — während aller Strassenlärm, Zuschlagen von Türen usw. nicht imstande ist, sie aus dem Schlaf zu reissen.

Eine solche Behandlung soll nur durchgeführt werden, wenn ein Rapport zwischen Erzieher und Patient vorhanden ist, wenn der Erzieher weiss, dass das Kind ihm gehorchen wird, wenn ein starkes Interesse an der Heilung da ist und alles, was einem solchen Verfahren im Wege steht — wie Angst vor dem Dunkeln usw. — eliminiert wird. Man gibt dem Kind ein schönes Büchlein, um zu notieren, wie oft es aufstehen konnte, und verlangt von ihm, dass es für sechs Wochen nacheinander aufzustehen versuche. Ist es einmal nicht aufgewacht, so beginnt es wieder von vorn, bis es sechs Wochen lang immer aufgestanden ist. In der allerersten Zeit der Behandlung wird man darauf halten, das Kind viermal in der Woche zu sehen, bis man feststellen kann, dass es wirklich Vertrauen gefasst hat; später wird man die Besuche auf zweimal wöchentlich und dann, wenn das Kind Erfolg hat, auf einmal in 1—2 Wochen

reduzieren. Durch eine solche Methode wird kein bedingter Reflex gebildet, da die Patienten nicht zu bestimmter Zeit geweckt werden. Auch wird dem Kind erklärt, dass es nach den sechs Wochen aufstehen nur noch dann erwachen werde, wenn es nötig sei.

Man hört ja oft, dass Bettnässer, welche ihre Störung überwunden haben, für einige Zeit allnächtlich aufstehen mussten, bis sie dann allmählich zum Durchschlafen gelangten. So berichtet ein Bettnässer (wie schon im dritten Kapitel erwähnt), dass er von 14—16 Jahren immer aufstand, später aber nicht mehr. Ein anderer hatte während des holländischen Krieges hie und da eingenässt und musste nach dem Krieg für einige Monate dreimal aufstehen. Dann verschwand sein Aufstehen allmählich, jetzt schläft er ruhig die Nacht hindurch. Ein Sechzehnjähriger, der kein Bettnässer war, berichtet, dass sein Aufstehen durch psychologische erzieherische Einflüsse überwunden wurde. —

Wie das Kind über jene Stufe des nächtlichen Aufstehens (das als ein Nacht handeln betrachtet werden kann; siehe Kapitel 3) den Weg zu ruhigem, harnreizlosem Schlaf und vollkommener Heilung findet, hängt von der Geschicklichkeit des Erziehers ab, von seiner Fähigkeit, eine weitestmöglich harmonische Beziehung zwischen *Können*, *Wollen* und *Empfänglichkeit* des Kindes zu schaffen, von einer Erziehung, welche auf ein Gleichgewicht der Triebe hinzahlt, schliesslich auch von der Selbsterziehung des Kindes und davon, wie es sich in den Situationen des Lebens bewähren und mit seinen Konflikten fertig werden wird. Der Weg zur Erreichung des Gleichgewichtes und zu voller Entfaltung der Persönlichkeit des Kindes lässt sich nicht einfach schematisch darstellen, denn die Erziehung des Bettnässers ist von Fall zu Fall verschieden und wird bestimmt durch die Möglichkeiten zur Entfaltung der Anlagen und Gestaltung der Umwelt, die Gegebenheiten und Einflüsse der Umgebung und durch das, was das Kind daraus zu schöpfen vermag.

Die Anwendung einer derartigen Behandlungsmethode setzt beim Patienten voraus, dass er begreift, um was es geht, und dass sein Wollen und sein Können reif genug seien, um die Aufgabe auf sich zu nehmen und durchzuführen.

Zuerst muss das Kind verstehen, dass es auf es selber und seine Mitarbeit ankommt. Es muss einsehen, dass sein Leiden keine körperliche Krankheit ist, dass es fähig werden kann, seine Schwäche zu überwinden; und gleichzeitig muss in ihm das Interesse an der Heilung geweckt werden, auf Grund dessen es sich für das Ziel einsetzt und aktiv an seiner Erreichung mitarbeitet.

Nun besteht das Einnässen pädagogisch gesehen im Fehlen einer guten Gewohnheit, in einem partiellen Versagen des Könnens also. Auf Erzielung des hier notwendigen Könnens hat darum die Erziehung einzuwirken. Das Harnbedürfnis ist ein natürlicher Antrieb; es hat wie alle anderen natürlichen Antriebe durch eine seiner Eigenart angepasste Gewöhnung zu lernen, auf seine Befriedigung warten zu können. Der Bettnässer, der eben dies noch nicht kann,

wird zunächst einmal am Tage dazu angehalten, in Bezug auf sein Harnbedürfnis eine bestimmte Tagesordnung einzuhalten, das heisst zu bestimmten Zeiten programmässig die Blase zu entleeren. Das ist ebenso wichtig für diejenigen Neurotiker, die ihr eigenes Bedürfnis immer wieder übersehen oder überhaupt nicht beachten und darum zu lange warten, als auch für diejenigen, welche allzu häufig sich auf den Abort begeben und damit überhaupt nicht lernen, an sich zu halten, bis Zeit und Gelegenheit sich bieten. Das Wesentliche ist, dass eine angemessene Ordnung eingehalten und damit die Blasenfunktion zu einem verlässlichen Rhythmus erzogen wird. Man wird dabei mit Zeitabständen beginnen, die das Kind bereits einzuhalten vermag, und darauf tendieren, diese Abstände langsam zu vergrössern.

Eine solche Gewöhnung an einen bestimmten Rhythmus als Voraussetzung für die Beherrschung der Blase wird dort relativ leicht zu erreichen sein, wo das Können des Kindes im übrigen bereits erzogen ist, das heisst, wo die übrigen natürlichen Antriebe, das alltägliche Wünschen und Begehren des Kindes es bereits gelernt hat, dass es sich nicht unmittelbar befriedigen kann, sondern auf seine Befriedigung warten muss, dass alle natürlichen Befriedigungen ihre Zeit und ihren Ort haben in der gesamten Lebensordnung drin. Beim einnässenden Kinde aber werden wir es häufig antreffen, dass gerade eben das Einnässen ein Symptom dafür ist, dass das Können des Kindes im Ganzen noch nicht erzogen ist, dass auch die übrigen natürlichen Antriebe es erst noch zu lernen haben, dem Gebot des Wollens zu gehorchen. Damit aber stehen wir vor einer umfassenderen Erziehungsaufgabe, und es ist in der Regel der leichtere Weg, die Erziehung der gesamten Bedürfnisse voranzunehmen, als sie mit der Bekämpfung des Einnässens zu beginnen. Auf alle Fälle würde hier ein einseitiger Erfolg auf dem Gebiete des Harnbedürfnisses nicht von langer Dauer sein, wenn ihm nicht die Lösung der grösseren Aufgabe, eben die Erziehung eines zweckmässigen Könnens auf allen Gebieten des natürlichen Antriebes, auf dem Fusse folgt.

Die Schwierigkeiten der hier nötigen Gewöhnung hängen aber nicht nur vom Gesamtzustand des Könnens, sondern ebenso von der Reife des Wollens und der Empfänglichkeit des Gemütes ab. Das Gehorchen des Könnens ist erst möglich durch «die Befriedung der Antriebe, eine Loslösung der Fähigkeit von ihrer Gebundenheit an das Triebziel und damit ihre Verwendung für unpersönliche sachliche Ziele» (Moor). Das Wollen also befiehlt dem Können, aber «hat der Empfänglichkeit zu dienen, von der es seine Ziele erhält». Die Aufgabe der «Heilung» des Bettnässers kann nicht gelöst werden, wo man nicht der gesamterzieherischen Aufgabe gerecht wird. Spricht die Empfänglichkeit des Gemütes an, und das heisst bei einem Kinde ja vor allem: fühlt es sich da geborgen und daheim, wo ihm die Anforderungen entgegentreten, so weiss das Kind auch, worum es geht bei der einen Zumutung, seine Blase beherrschen zu lernen. Es wird ihm auch dies zu einer wichtigen Angelegenheit,

es ist durchdrungen von ihrer Notwendigkeit, und es wird nicht zufrieden sein mit sich selber, bis es ihm gelingt, die Anforderungen zu erfüllen. Soweit sein Wollen bereits gereift ist, soweit es gelernt hat und Uebung besitzt darin, etwas von sich selber zu verlangen, soweit wird ihm auch die neue Aufgabe nicht mehr als etwas Fremdes und Unbekanntes erscheinen. Daher wird es z. B. sehr schwer sein, ein verwöhntes Kind vom Einnässen zu heilen. Nicht nur sind seine Bedürfnisse durch die schrankenlose Befriedigung jeder Ordnung entwöhnt und müssen nun das Gegenteil dessen erfahren, was ihnen bisher immer widerfuhr, sondern auch sein Wollen sieht sich plötzlich vor eine Aufgabe gestellt, nachdem ihm bisher alle Aufgaben erspart geblieben sind; und zudem ist die Empfänglichkeit seines Gemütes durch die verwöhnende Liebe verschüttet, statt vertieft worden. Es wird darum die jetzt an es gerichteten Zumutungen nur als lästig empfinden können, in der Aufgabe nur die fremde Zumutung sehen, ohne deren Sinn begreifen zu können; und sein leergebliebenes Gemüt wird auf nichts anzusprechen vermögen, von dem aus ihm das besondere Ziel, um das es jetzt geht, als wichtig erscheinen könnte. Sein Hang zur Bequemlichkeit lässt es wünschen, dass das Ueben und die Selbstgewöhnung, wie auch die Heilung von selbst zustandekommen möchte, ohne dass es sich darum zu bemühen brauchte. Man erkennt, wie man in einem solchen Falle nur auf dem Grunde einer Gesamtumerziehung des Kindes auch das Einnässen beheben kann.

Auch die sogenannte «reizbare Schwäche des Nervensystems» wird den Weg der Rhythmisierung des Harnbedürfnisses und besonders das Wartenkönnen bis zur Befriedigung erschweren. Ob diese reizbare Schwäche des Nervensystems mehr anlagemässig oder milieubestimmt ist, macht für das erzieherische Vorgehen kaum einen Unterschied aus. Die Hauptsache ist, dass ein derart belastetes Kind viel mehr zu ertragen und auszuhalten hat, als die anderen Patienten, und die Aufforderung, mit der Befriedigung zu warten, wird ihm ausserordentlich hart erscheinen. Seine Kraft zur Ueberwindung ist schon erschöpft durch sein starkes Reagieren und intensives Erleben.

Aber sobald das Kind den Sinn seines Leidens begreift, sobald das Interesse an der Heilung in ihm aufgeflammt ist und es glaubt, dass es sich für ein solches Ziel einsetzen kann, wird ihm Kraft aus der Empfänglichkeit des Gemütes zufließen, die ihm sowohl sein Harnbedürfnis zu regulieren, als auch seine anderen Triebe zu einem bestimmten Masse zu bringen hilft. Es ist hier noch einmal zu betonen, dass der Erzieher sich bemühen soll, der Entstehung von Angst entgegenzuwirken und die Konflikte, die das Kind bedrängen, aufzulösen, damit das Kind für Lebensfreude empfänglich wird und bereit, auch etwas weniger Angenehmes ohne Widerwillen, auch ohne Angst, auf sich zu nehmen.

Damit habe ich zu zeigen versucht, dass die Schulung des Könnens nicht für alle Patienten die gleiche ist, ohne jedoch die Patienten in Typen einteilen zu

wollen, wie Behm, Pototzky und andere dies unternommen haben,*) da bei der Behandlung gerade individuelle Ausprägungen und Eigenheiten, welche in einem Schema nicht ganz erfasst werden können, eine Rolle spielen.

Hat der Patient sein Können geübt, ist es ihm gelungen, seinen Trieben und ihrer Befriedigung den angemessenen Platz einzuräumen, hat er gesehen, dass er dazu wirklich imstande ist, so kann er sich in vermehrtem Masse an sein Wollen wenden. Durch die «Befriedigung der Triebe» und den tagsüber schon erreichten Erfolg im Training des Könnens wird ihm mehr Energie zur Verfügung stehen. Das bedeutet eine Ermutigung und eine Versicherung, dass er auch in der Nacht mit seinen Trieben fertig zu werden vermöge. Jetzt kann mit der Kontrolle des nächtlichen Aufstehens (wie oben ausführlich dargestellt, S. 68—72) begonnen werden.

Man muss aber festhalten, dass die von uns angegebene besondere Methode in ihrer Anwendung dort Einschränkungen erfährt, wo das eigene Wollen des Kindes nicht die volle moralische Reife erreicht. Das ist einerseits beim *Psychopathen* der Fall, bei welchem die Symptombundenheit immer die Leistungsbundenheit überwiegt, und andererseits beim *Geistesschwachen* des mittleren und schweren Grades (Imbecille und Idioten), der den Sinn des eigenen Stellungnehmens nicht mehr in genügender Weise erfasst. Dass es bei leichteren Graden von Geistesschwäche (wenn ein Intelligenzalter von mindestens sieben Jahren noch erreicht wird) doch möglich ist, den von uns angegebenen Weg einzuschlagen, zeigt das folgende Beispiel:

Fatma, eine dauernde Bettnässerin, stammt aus einer armen Familie. Sie ist ein siebzehnjähriges, schwachbegabtes Mädchen (ihr geistiges Alter 7 Jahre), zurückgeblieben in den sekundären Geschlechtsmerkmalen, und hat die Periode erst mit 16 Jahren bekommen. Sie besucht die Volksschule und hat die zweite

*) *Pototzky* stellt drei Grundgruppen auf, nämlich nervös Uebererregbare, Psychopathen und Intelligenzgestörte. — *Behm* unterscheidet drei völlig verschiedene Grundtypen: 1) die Entarteten (*Typus degeneratus*), 2) die Trägen (*Typus phlegmaticus*), 3) die Uebererregbaren (*Typus neuropathicus*). Beim *Typus degeneratus* unterscheidet er: a) örtliche Störung (z. B. Phimosen, Verklebungen zwischen Glans und Präputium, Hypo- und Epispadie, Blasenveränderungen), b) Leitungsstörung (z. B. Myelodysplasie, Spina bifida), c) zentrale Störung (z. B. Schwachsinn, Epilepsie); beim *Typus phlegmaticus*, dem trägen Typ: a) Langsame, b) Gleichgültige, c) Stumpfe, d) Erziehungsgeschädigte; beim *Typus neuropathicus*, dem übererregbaren Typ: a) Lebhaftes, b) Ängstliche, c) Gehemmte, d) Erziehungsgeschädigte.

Gewiss enthalten diese Einteilungen Richtiges. Sie sind aber unvollständig; es lassen sich nicht alle Bettnässer in ihnen einreihen. Zweitens sind die von Behm gegebenen Stigmata der ersten Gruppe keine ausreichenden Gründe für das Bettnässen. Drittens überschneiden sich diese Einteilungen unter sich und auch gegenseitig. z. B. der psychopathische Typ von Pototzky und der neuropathische von Behm; ebenso kann innerhalb der Einteilung von Behm ein Schwachbegabter auch ängstlich oder gleichgültig sein, oder der Gleichgültige kann an Spina bifida oder Phimose leiden usw. So kann man bei Behm eigentlich nicht von drei Grundtypen im strengen Sinne sprechen. Wo man jedoch von Mischtypen spricht, hat man schon den Begriff des Typus überschritten.

Klasse wiederholt. Fatma kann noch nicht schreiben — ihre Schrift ist unlesbar, schmierig und regellos — und liest sehr monoton und skandierend. Im Rechnen und Diktat macht sie der Lehrerin besondere Schwierigkeiten und wird dafür bestraft. Die Lehrerin glaubt, dass Fatma Besseres leisten könnte, wenn sie sich nur konzentrieren und aufmerksam sein wollte. Sie merkt nicht, dass Fatma gut aufpasst, aber wegen ihrer mangelnden Intelligenz nicht nachkommt. Fatma sollte eigentlich in eine Spezialklasse für Schwachbegabte versetzt werden; doch leider haben wir weder Anstalten, noch besondere Schulklassen für Schwachbegabte. So wird der Lehrerin erklärt, dass sie Fatma ihrem geistigen Alter entsprechend behandeln solle, mit Liebe, Ermutigung, Anerkennung, um die höchstmögliche Leistung aus ihr heraus zu holen. Da ihre praktische Intelligenz höher ist als die theoretische, sollte Fatma Gelegenheit zur Entwicklung manueller Geschicklichkeit (schneiden, nähen, stricken) gegeben werden. Dadurch wird sie die Befriedigung ihres Geltungsbedürfnisses auf einem echten Weg erlangen; ihr erhöhtes Selbstwertgefühl wird ihre Freude am Leben und ihre Fähigkeit zur Anpassung steigern.

Fatma lebt auch in einer ungemütlichen häuslichen Atmosphäre. Das Reinlichkeitsniveau ist ausserordentlich niedrig, und die ganze Familie schläft in einem Zimmer (d. h. Mutter, Patientin und ihr älterer Bruder, der als Arbeiter in einer Fabrik angestellt ist und seit dem Tode des Vaters die Familie erhält). Der Bruder hat Fatma für ihre Faulheit in der Schule und für das Bettnässen immer getadelt und geschlagen. Auf der anderen Seite hat die Mutter sie stark verwöhnt und versucht, ihr Bettnässen vor dem Bruder zu verheimlichen. Man versuchte nun den Bruder zu überzeugen, dass die Erziehung solcher Unarten durch Prügel keinen Erfolg haben könne. Auch wurde ihm erklärt, dass Fatma für ihre Faulheit nicht eigentlich verantwortlich sei.

Die ungünstige häusliche Atmosphäre wäre in diesem Fall als Hauptfaktor, die Geistesschwäche sowohl als die äusseren Umstände und das niedrige Niveau der Reinlichkeit als begünstigende Faktoren aufzufassen.

Nachdem es in der Schule und auch zuhause besser ging, wurde auch die Erziehung des Könnens erleichtert. Sie hatte immer über dringendes Harnbedürfnis geklagt und konnte sich während des Tages kaum beherrschen. Allmählich wurde es ihr möglich, sowohl eine Pause zwischen den Harndrang und die Entleerung einzuschalten, als auch das Bedürfnis zu regulieren. Ermuntert durch Lob und durch Einkleben eines goldenen Sterns in ein kleines Tagebuch für jede Nacht, in der sie aufstehen konnte, ging Fatma mit Begeisterung auf das nächtliche Aufstehen ein. Nach fünf Monaten nässte Fatma das Bett nicht mehr. —

Ist es nun aber möglich, ausgesprochene Schwachbegabte und Psychopathen zu heilen? Sollten wir diese Patienten ihrem Schicksal überlassen, oder können

wir uns vielleicht von Apparaten, wie sie von manchen Autoren empfohlen werden, einen Erfolg in ihrer Behandlung versprechen?

Wie Stevenson Smith erwähnt, benützt Mowrer einen elektrischen Apparat, um den Bettnässer durch den Klang einer Glocke zu wecken, sobald er sein Bett nass macht, indem durch die Feuchtigkeit der elektrische Stromkreis geschlossen und dadurch über eine andere Batterie eine Glocke in Funktion gesetzt wird. Smith sagt, dass der Mowrer'sche Apparat eine gute Wirkung haben könne, wenn die häusliche Atmosphäre gesund sei. Nach zwei trockenen Wochen könne man mit dem Apparat aufhören; eine Rückkehr des Bettnässens sei selten.

Eine andere Methode, die auf der Bildung eines bedingten Reflexes beruht, lässt einen Strom kalten Wassers ins Bett fliessen, sobald eine lösliche Tablette, die am Ende eines Irrigatorschlauches befestigt ist, durch das Einnässen geschmolzen wird. Dieser Schlauch kann einfach unter die Bettwäsche an die Stelle gelegt werden, wo gewöhnlich genässt wird, oder lässt sich, wenn das Kind nicht ruhig liegt, mit verschiedenen Aesten versehen, auf einer grösseren Fläche ausbreiten. Falls die Mitarbeit des Kindes sicher ist, kann man den Schlauch direkt in den Gummihosen fixieren, so dass der erste Tropfen Urin die Tablette zum Schmelzen bringt.

An Stelle von Wasser hat S. Smith mit Erfolg einen Strom kalter Luft aus einer Art aufgeblasenem Gummiballon benutzt. Die Luft, die nach dem Schmelzen der Tablette ausströmt, kühlt die Haut und die feuchte Bekleidung sogar noch stärker ab als das Wasser und schont auch die Bettwäsche. Smith wandte diese Methode bei 16 debilen Kindern an, die auf diese Weise nach drei Wochen trocken waren.

Alle diese Apparate haben den Nachteil, dass sie nicht gut ausserhalb der Anstalt benützt werden können. Es besteht auch die Möglichkeit, dass der Patient trotz dem Signal weiterschläft; besonders da, wo seine Beziehung zur Umgebung unharmonisch ist oder wo die Einsicht in den Sinn der Reinlichkeit fehlt, kann dieser Prozess der Schaffung eines umstandsbedingten Reflexes sich nicht in der gewünschten Weise abwickeln. Ueberdies sind solche Methoden geeignet, die Aufmerksamkeit der Eltern von ihren eigentlichen erzieherischen Aufgaben abzulenken. — Bei einer weiteren Gruppe von Apparaten, die den Bettnässer durch einen elektrischen Schlag wecken, kommt zu all diesen Nachteilen noch eine direkt gesundheitschädliche Wirkung hinzu.

Wir brauchen aber eine Methode, die von den eben beschriebenen Unzulänglichkeiten frei ist und das Höchstmögliche herausbringt, auch wenn sich der Erfolg nicht so rasch einstellt, wie es bei den Apparaten der Fall sein kann. Diese Methode nun besteht nicht zur Hauptsache in irgendwelchen äusseren Massnahmen, sondern in der richtigen Haltung der Erzieher. Wir haben gesehen, dass die vitalen Triebe den Charakter einer Bereitschaft zur Entwicklung haben und dass diese Entfaltung von den Konvergenzbedingungen

zwischen Anlage und Umwelt abhängt. Da die Anlagebedingungen der Psychopathen und Schwachbegabten nicht besonders günstig sind, muss die Umgebung dem Kind einen ausserordentlich reichen Boden bieten, damit diese vitalen Antriebe sich richtig entfalten können. Durch Sanierung der häuslichen Verhältnisse wird ein äusserer Halt geschaffen, der den mangelhaften innern Halt zu stützen und zu ergänzen vermag. Durch Wiederherstellung eines richtigen Mutterbildes (oder Bildes der Person, welche die Mutter vertritt) ist der Weg zur Beseitigung des Bettnässens vorbereitet. Wir möchten nicht eine despotische Mutter, die Prügel als wichtigste pädagogische Massnahme gebraucht. Das Resultat wird, wenn diese pädagogischen Massnahmen überhaupt Erfolg haben, höchstens ein dressiertes Kind sein, das aus Angst und Zwang heraus sich in die Gesellschaft einfügt, das aber wieder zu seinem triebhaften Verhalten, zu den schlechten Gewohnheiten zurückkehrt, sobald die Zügel und Fesseln der Angst wegfallen.

Auch das Bild der nachlässigen Mutter wirkt besonders schädlich auf Schwachbegabte und Psychopathen, die nicht später nachholen können, was in der Erziehung versäumt wurde. Ebenso entstellt die Mutter, die das Kind aus falscher Liebe verwöhnt und es dabei zu erziehen meint, das richtige Mutterbild. Eine solche «Erziehung», die auf wahlloser Befriedigung der Triebansprüche beruht, ist Folge einer gewissen Bequemlichkeit der Mutter. Sie findet es leichter, die Wünsche des Kindes zu erfüllen, als sein Weinen oder Zappeln zu ertragen, leichter als ihre Bemühung, dem Kind den richtigen Weg zu zeigen. Dadurch wird das Kind so von seinem Begehren in Anspruch genommen, versinkt so in seinem triebmässigen Verhalten, dass es nicht mehr empfänglich wird für die Liebe, Freude, Begeisterung, die ihm den Mut verleiht, die Wünsche seiner Eltern zu beherzigen und zu erfüllen.

Dem richtigen Mutterbild entspricht die Mutter, die das Kind mit erzieherischer Liebe behandelt, einer Liebe, die auf Harmonie der gesamten Kräfte und ein Gleichgewicht der Triebe zielt. Die Mutter wird mit Geduld und Liebe dem Kind in der Reinlichkeitserziehung unbedingtes Vertrauen zeigen. Es wird Reinlichkeit nicht nur in Bezug auf das Harnbedürfnis, sondern auch auf anderen Gebieten lernen — Reinlichkeit des Körpers, der Kleider und aller Sachen, die dem Kind gehören —, damit es von Sauberkeit beeindruckt werden kann. Die Mutter wird es zu bestimmten Zeiten auf den Abort führen, sodass aus dem Harnbedürfnis ein bedingter Reflex herausgearbeitet wird. Das Kind kommt nach und nach dazu, sein Harnbedürfnis zu bestimmten Zeiten zu befriedigen, seinen Harndrang mit dem Abort zu verbinden und mit der Zeit wird die Befriedigung des Bedürfnisses die «zweckmässige Form» finden.

Die Eltern sollen aber nicht nur auf das Harnbedürfnis achten, sondern auf ein Gleichgewicht des ganzen Gefüges der vitalen Triebe, damit die Heilung des Bettnässers erfolgreicher werden kann. Gehemmte Triebe werden

nämlich im Symptom des Einnässens ein Ersatzventil finden. Die schrankenlose Befriedigung hingegen mag zur Folge haben, dass der Bettnässer sich auch in Bezug auf sein Harnbedürfnis nicht beschränken will oder kann. Man darf die vitalen Triebe weder unterdrücken, noch schrankenlos befriedigen, sondern soll sie an einen bestimmten Rhythmus und eine bestimmte Dosis der Befriedigung gewöhnen. Dadurch wird eine Befriedigung der Triebe erreicht, eine Zufriedenheit des kindlichen Wesens, das dann kein Bedürfnis nach einer anderen als der gewöhnten Befriedigung mehr hat.

Dem schwachbegabten Kind können wir nicht zumuten, dass es verstehe, warum es seine Triebe auf ein bestimmtes Mass bringen soll. Hier müssen wir ganz abstellen auf das Ansprechen seines Gemütes, darauf also, dass seine Liebe und sein Vertrauen zu den Eltern es zu veranlassen vermögen, auf die Befriedigung seiner Triebe zu warten und sie auf eine bestimmte Dosis zu reduzieren. Es ist diese Liebe, die es auf die Triebforderung verzichten lässt, um sich der Gesellschaft anzupassen und für die Liebe seiner Eltern etwas zu leisten.

Von grösster Bedeutung ist nicht, was der Erzieher für das Kind tut, sondern was er ist. Anders gesagt: das Beispiel des Erziehers ist sehr nötig. Jung zeigt in «Psychologie und Erziehung» durch interessante Beispiele, wie das Kind unbewusst die Konflikte und Unarten seiner Eltern widerspiegelt. Die beste Methode sei, dass «der Erzieher selbst erzogen sei».

Die guten Gewohnheiten der Erzieher sind eine wichtige Stütze, ein Rüstzeug des guten Verhaltens für das Kind. Dabei ist nicht nur an das Heilen, sondern auch an die Vorbeugung des Bettnässens zu denken. Das gute Verhalten des Kindes hängt sehr von den Gewohnheiten der Umgebung ab. Es ist ausserordentlich suggestibel, bereit, alles aufzunehmen und nachzuahmen, so dass mit der Zeit die Gewohnheiten der Umgebung zu seinen eigenen und so in seiner Persönlichkeit verankert werden, dass es sich nicht mehr anders verhalten kann.

Nachdem im Vorherigen dargestellt wurde, wie die Heilung von ausgesprochenen Schwachbegabten und Psychopathen ganz von der Umgebung abhängig ist, soll nun anhand von *zwei Fällen* gezeigt werden, wie weit bei Kindern, die anlagemässig nicht belastet sind, aber in schwierigen Verhältnissen leben, eine Heilung erzielt werden kann.

1. Fawzia

Hausbesuch am 15. 11. 1948

Die Mutter ist eine mit Sorgen überlastete Frau, schlank, klein und bleich. Sie beklagt ihr Schicksal und erzählt viel von ihrem Mann, der vor neun Jahren gestorben ist. Er war ein zuverlässiger Mensch und verdiente genug,

um alle Wünsche von Frau und Kindern erfüllen zu können. Er nahm alle Verantwortlichkeit auf sich, so dass seine Frau sich um nichts kümmern musste. Es war sogar ein Mädchen angestellt, und die Frau hatte es nur von Zeit zu Zeit zu überwachen und zu schauen, ob alles in Ordnung sei. Der Mann war lieb zu ihr und den Kindern, und damals war alles ideal. Nachdem er gestorben war, musste sie für alles die Verantwortung übernehmen — was über ihre Kräfte ging — und hatte auch alle Hausarbeit selbst zu verrichten, wodurch sie sich erniedrigt fühlte. Sie war sogar genötigt, mit dem Oberlehrer zu sprechen, da die ökonomischen Verhältnisse sich nach dem Tode ihres Mannes verschlechtert hatten, sodass sie um Schulgelderlass für mindestens ein Kind bitten musste. Das verletzte ihren Stolz (sie erzählt davon mit Tränen in den Augen), aber sie musste es tun, damit die Kinder weiter zur Schule gehen konnten.

Fathia, die älteste Tochter, ist 18 Jahre alt und macht die Matura. Sie ist ein kluges Mädchen und ist nie durchgefallen. Dieses Jahr aber kann sie sich nicht mehr konzentrieren. Sie sitzt oft eine Stunde lang in der Klasse, ohne zu bemerken, worüber Lehrer oder Lehrerin sprechen oder dass sie überhaupt da sind; nur am Ende der Stunde hört sie die Glocke, was sie erschreckt und zu sich selbst zurückruft, aber nur für einige Minuten. Sie ist nicht mehr fähig, zu verstehen: sogar in ihren liebsten Fächern begreift sie nichts mehr. Zuhause lehnt sie das Essen ab und hat keinen Appetit. Nachts kann sie nicht schlafen, hat Schreckträume, ständig Rauschen im Ohr und Angst vor dem Tode. Sie ist nicht mehr ruhig und höflich, sondern schimpft, wie sie es früher nie getan hat. Ja, sie wagt sogar, die Mutter zu schlagen — was natürlich die Würde der Mutter zutiefst verletzt — und diese kann sich nicht immer beherrschen und schlägt zurück. Dadurch wird *Fathia* sehr erregt und wirft alles zu Boden, was im Wege steht. *Fathia* war früher immer lieb zu ihrer kleinen Schwester, unserer Patientin: sie verwöhnte sie und gab sich Mühe, alle Kleider für sie zu nähen und schön mit Stickereien zu verzieren. Sie verträgt sich immer noch mit der Patientin. Ihre Antipathie und ihr Hass ist besonders gegen den jüngeren Bruder *Sami* gerichtet.

Hassan ist 17 Jahre alt und macht die Matura an der Abteilung für exakte und Naturwissenschaften, während *Fathia* die literarische Abteilung besucht. Er ist sehr ruhig, spricht nicht viel mit den andern Familiengliedern und studiert fleissig. Jetzt hat er dabei mehr Schwierigkeiten wegen der gestörten häuslichen Atmosphäre. Wenn er mit andern Studenten studieren geht und um neun Uhr nach Hause kommt, schlägt *Fathia* Lärm und macht ihm Vorwürfe, weil er zu spät gekommen sei. Sie glaubt nicht, dass er studiert habe, sondern beschuldigt ihn, ins Kino gegangen zu sein. Er müsse unbedingt pünktlich um sieben Uhr zuhause sein und nicht eine Minute später kommen, sonst würde er nicht mehr hereingelassen. Er sagt aber nichts und versucht die Schwester zu beruhigen. Er versteht, dass sie krank ist.

Sami ist 14 Jahre alt, sehr intelligent und nervös. Er versteht das merkwürdige Verhalten der älteren Schwester nicht. Nach seiner Meinung ist es keine Krankheit. Sie sollte nur einmal richtig durchgeprügelt werden, um sich wieder zusammennehmen zu können. Seine kleine Schwester tadelt er gerne und findet es lustig, sie wegen ihrer Schwäche zum Weinen zu bringen.

Fawzia selbst ist acht Jahre neun Monate alt, geboren vier Monate nach dem Tode des Vaters. Sie ist klein für ihr Alter (was wohl dazu beiträgt, dass sie von den Erwachsenen als kleines Kind behandelt wird), gesund, tiptop gekleidet, das Haar schön in Zöpfe geflochten und mit einem Band geschmückt. Sie hat die Mutter gern, ist sehr unselbständig, sodass die Mutter alles für sie machen muss. Eigentlich möchte sie zuhause helfen, aber die Mutter sagt, sie sei noch zu jung dazu. Auch wünscht sie mit andern Kindern spielen zu können; doch die Mutter gestattet es nicht, erstens weil sie die andern Kinder nicht kennt, und zweitens weil sie fürchtet, es könnte dem Kind oder seinen schönen Kleidern etwas passieren. Fawzia verträgt sich nicht mit Sami, weil er sie immer tadelt, verspottet und auf ihre Schwäche hindeutet, was die Patientin sehr beleidigt, ihr das Wasser in die Augen treibt.

Beratung am 1. 12. 1948

Die Mutter berichtet, das Bettnässen habe nie aufgehört; nur einmal für 15 Tage, als eine Bekannte von ihr den Rücken des Kindes massiert hatte, und später noch für drei Wochen, als ein Arzt ihm Medizin gegeben hatte. Während dieser Zeit habe das Kind einfach durchgeschlafen. Eine Verschlechterung in Bezug auf das Bettnässen beim Schuleintritt oder auch sonst habe sie nie bemerkt; doch konnte sie feststellen, dass das Kind sehr ungern zur Schule ging. Die Mutter ist überzeugt, dass die Krankheit körperlich sei, und bittet um eine eingehende Untersuchung und eine wirksame Medizin. — Nun sagt sie aber, dass die Heilung des Bettnässens überhaupt nicht so wichtig sei wie die der älteren Tochter, und dass sie dankbar wäre, wenn die Klinik dieser helfen könnte. Sie weint und klagt über ihr Schicksal und fragt, was sie so Schlechtes getan habe, dass Gott sie auf diese Weise strafe. Sie habe sie so gut erzogen, und trotzdem hätte sie solche Unarten. Sie sei gestern von ihr als dumme, ungebildete Frau gescholten worden, und zwar vor den andern Kindern. Wieviel sie noch ertragen müsse? — und darauf weint sie heftig. Ich habe sie zu beruhigen versucht und ihr versprochen, dass wir helfen würden, dass aber ihre Mitarbeit und ihr Vertrauen sehr wichtig seien.

Fawzia ist ein schüchternes Kind, spricht wenig und antwortet nur kurz, wenn sie gefragt wird. Ich forderte sie auf, etwas für mich zu zeichnen. — Nein, sie könne nicht zeichnen. Sie zeichne sehr schlecht, und die Zeichnungslehrerin sei nicht zufrieden mit ihr. Ich sage ihr, sie könne auf der Tafel zeichnen was sie wolle und es wieder auslöschen, wenn es ihr nicht gefalle. Nun

zeichnet sie zögernd in unsicheren Linien etwas Undefinierbares und erklärt, es sei ein Kind in einem Kinderwagen. Nachher habe ich den Rorschach-Test durchgeführt. Das Protokoll ist so dürftig, dass für die Beurteilung die Weise des Reagierens eher ausschlaggebend ist als der Inhalt.

Rorschach-Test

Fawzia, 8 Jahre 9 Monate

- | | |
|--|-------------------------|
| I. Ich weiss nicht. Ich kann nichts sehen.
(Nach Ermutigung): Dieser Teil da sieht wie ein Bauch aus. | DZW F + Md |
| II. Das sind Pferde.
Der Mund. | DF — T
Dr F + Md |
| III. Zwei Männer, die einen Korb aufheben. | GB + MV |
| IV. Das sieht wie ein Teufel aus. | GF + Teufel
(Hd ?) |
| V. Das sieht wie ein Mann aus, aber gehört.
Nein, das ist ein Kaninchen, aber ohne Hände
(Vorderpfoten). | DF + M
DF + T |
| VI. Ich weiss nicht, was diese Tafel bedeutet. Diese
Tafel weiss ich nicht.
(Nach Ermutigung): Das sieht wie eine Schlange
aus. | (Versager!)
Dr F + T |
| VII. Diese Tafel weiss ich nicht.
(Nach Ermutigung): Weiss nicht (und probiert nicht
weiter zu suchen). | — — — |
| VIII. Diese weiss ich auch nicht.
(Ermutigung): Weiss nicht. | — — — |
| IX. Auch dieses weiss ich nicht.
(Nach Ermutigung): Ich weiss nicht. | — — — |
| X. Das sind zwei Hühnchen. | DCF + T |

G : 2	F : 5	M : 1
D : 4	B : 1	Md : 1
Dr : 3	FBF: 1	T : 4
F : 5	DZW	Teufel
		Anat 1

Dieses Ergebnis fällt auf durch die äusserst kleine Zahl von Antworten und die häufigen Ablehnungen. Es ist ein Protokoll eines entmutigten, introvertierten Kindes, das keine Initiative, keinen Mut hat und nicht wagt, sich mit der Welt auseinanderzusetzen. Es versucht den Problemen auszuweichen durch Ablehnung. Gerade dieses (DZW) bei der ersten Tafel zeigt, dass das Kind an seiner eigenen Fähigkeit zweifelt. Die vielen Ablehnungen und die Armut des Inhalts beruhen nicht auf Mangel an Intelligenz: Binet Simon zeigt einen I. Q. von 107 %. Es sind Störungen in der Gefühlssphäre, die durch Verwöhnung verursacht werden. Das Kind gibt sich keine Mühe (oft nicht einmal nach Ermutigung), sobald die Aufgabe schwierig erscheint. Weiter zeigt die Patientin eine abergläubische Tendenz (wie Angst vor dem Teufel).

Beratung am 10. 12. 1948

Mutter: Mit beiden Töchtern gehe es schlecht. Sie sei erschöpft. Sie könne nichts mehr ertragen. Das Bettnässen wäre noch auszuhalten, sogar wenn die Kleine ihr Leben lang nässen würde; aber den Zustand der älteren Tochter könne sie nicht länger ertragen. — Ich habe ihr vorgeschlagen, mit dem Arzt zu besprechen, ob er die ältere Tochter zur Weiterführung der Behandlung durch Elektroschocks in einer Anstalt unterbringen könne. Das werde sich für die ganze Familie, insbesondere für die kleine Patientin günstig auswirken, ebenso auch für die erzieherische Autorität der Mutter. — Was das Bettnässen anbelangt, glaubt sie immer noch, es sei eine organische Krankheit. Ein blinder Mann, der als Berater der Familie geschätzt wird und der den Kindern Nachhilfestunden gibt, hat vorgeschlagen, sie solle einen Spezialarzt aufsuchen. Aber sie weiss, dass die Aerzte der Klinik einen guten Ruf haben; darum ist sie hierhergekommen. — Ich habe ihr erklärt, dass die körperliche Untersuchung keinen pathologischen Befund für den Harnapparat ergeben habe. Nur habe sie vergrösserte Mandeln. Ich versuche ihr klarzumachen, dass das Bettnässen keine körperliche Krankheit sei, sondern eine erzieherische Angelegenheit. Ich wisse wohl, dass sie es sehr gut gemeint habe, als sie so eifrig für das Kind sorgte und es von morgens bis abends auf Schritt und Tritt begleitete, um ihm nicht nur Ratschläge zu geben, sondern vieles selbst für es zu tun; aber diese unablässige Besorgtheit der Mutter verhinderte die freie Entwicklung und die notwendige Selbstentfaltung des Kindes. Sie müsse jetzt uns helfen und seine Entwicklung zur Selbständigkeit zu erleichtern suchen. Das

Kind müsse allmählich zur Selbständigkeit geführt werden. Man dürfe ihm aber nicht zuviel auf einmal zumuten. Sie solle das Kind lehren, sich selbst anzukleiden, sein Haar zu kämmen, seine Sachen selbst in Ordnung zu halten. Vor allem solle sie das Gitter vom Bett wegnehmen und das Kind auch nicht mehr in Gummiwindeln wickeln, sondern es so behandeln, als ob es bettrein wäre.

Fawzia ist nicht mehr so schüchtern wie das erste Mal. Sie spricht von der Schwester, mit der sie Mitleid hat, und möchte, dass sie bald geheilt werde. Gestern habe es Streit zwischen Sami und der Schwester gegeben. Sami habe die Zunge herausgestreckt und die Schwester darauf bestanden, dass so ein unanständiger Knabe nicht mehr zuhause bleiben solle. Die Schwester habe recht; er sei so unhöflich, tadle sie selbst und respektiere die ältere Schwester nicht. Er sei auch der Mutter gegenüber sehr ungehorsam. Sie würde der Mutter im Haushalt gern helfen, aber diese sage immer, sie sei noch zu klein. Ich habe ihr erklärt, sie könne sehr viel helfen, indem sie für sich selbst Sorge, etwa ihr Haar kämme und sich ankleide.

Man hat überlegt, ob ein solches Kind nicht in ein Heim zu versetzen wäre. Die Einflüsse zuhause sind schlecht. Die Schwester ist am Anfang einer Schizophrenie. Der Bruder tadelt sie immer. Die Mutter versteht nicht ihre erzieherische Aufgabe gegenüber dem Kind. Die Unterbringung in einem Heim bedeutet aber eine zu grosse ökonomische Belastung für eine Mutter, die noch für drei andere Kinder zu sorgen hat. Die ältere Tochter wurde nicht in die Irrenanstalt aufgenommen, da die Krankheit noch nicht deutlich erkennbar sei. Die Versorgung in einer Privatanstalt wäre über das Vermögen der Mutter gegangen.

Es war aber doch noch zu hoffen, dass das Kind bei seinen Besuchen in der Klinik hier mit der nötigen Unterstützung und Liebe des Therapeuten zur Selbständigkeit gelangen könne und dass diese Aufgabe dadurch erleichtert werde, dass die Aufmerksamkeit der Mutter zum Teil auf die ältere Schwester gelenkt würde.

Beratung am 20. 12. 1948

Die Mutter sagt, dass nun der jüngere Sohn bei einer Verwandten wohne und dass die häusliche Atmosphäre einigermassen ruhiger sei. Die ältere Tochter sei jeweils sehr matt nach den Elektroschocks. Bei *Fawzia* habe das Bettnässen nur gestern aufgehört. Das Kind kleidet sich selbst an und kämmt sein Haar selbst, aber das Gitter und die Gummiwindeln sind noch da. Ich habe ihr wieder erklärt, dass die Heilung und die Entfaltung des Charakters wichtiger sei als das Bettzeug, und dass ich hoffe, sie werde von heute an meinen Rat befolgen. Die Kosten für das Instandhalten des Bettzeuges werde

ich gern bezahlen. Das wollte sie jedoch auf keinen Fall. Sie sei froh genug, wenn das Kind geheilt werde.

Fawzia habe ich gelobt, weil sie sich so gut kämmen und ankleiden könne, und habe der Hoffnung Ausdruck gegeben, sie werde in Zukunft auch ihr Bett richten können. Sie ging freudig darauf ein und versprach, es zu probieren.

Beratung am 8. I. 1949

Die Mutter entschuldigt sich, dass sie die Klinik nicht früher besuchen konnte. *Fathia* hat inzwischen zweimal — als die Mutter in der Küche und die Geschwister nicht zuhause waren — heimlich ein übermässiges Quantum eines vom Arzt verordneten Beruhigungsmittels zu sich genommen, in der Absicht, sich das Leben zu nehmen. Es stellten sich darauf Anzeichen einer lebensgefährlichen Vergiftung ein; aber sogar in diesem Zustand hörte sie nicht auf, die Mutter zu beschimpfen und zu schlagen. *Fathia* wurde nach dem Spital gebracht und konnte durch Magenspülungen gerettet werden. Nach zwei Tagen Spitalaufenthalt war es ihr schon möglich, nach Hause zurückzukehren. Sie ist wieder gesund, aber immer noch reizbar. Zwei Freundinnen sind abwechselungsweise ständig bei ihr, um sie zu zerstreuen und zu hindern, ihren trüben Gedanken nachzuhängen. Auch der ältere Bruder wohnt nun auswärts, damit er besser studieren könne und *Fathia* sich leichter beruhige. Auf den Wunsch ihrer Mutter vermeidet die Kleine, ihrer Schwester zu begegnen; sie wird so viel wie möglich zu Verwandten geschickt, wo sie Gelegenheit hat, mit andern Kindern zu spielen. In Bezug auf das Bettnässen ist die Besserung kaum merkbar. Nur dreimal ist das Kind trocken geblieben.

Das Kind erzählt nun zwei Träume. Es hat geträumt, es sei auf den Boden gefallen; dann sei ich gekommen und habe es aufgehoben. Gestern träumte es von einem Teufel, der es verfolgte. — Wie sieht er aus? — Oh, er sah fürchterlich aus, riesig gross, mit roten Augen, am ganzen Körper schwarz und mit langen Nägeln, genau wie Frau X erzählt hat. — Wer ist Frau X? — Sie ist eine alte Bekannte meiner Mutter. Sie hat einmal erzählt, dass im Nachbarhaus ein Mann getötet worden sei und dass sie in jener Nacht seinen Geist gesehen habe. — Sie habe auch von einem Teufel erzählt, der mitten in der Nacht an ihrem Bett gerüttelt habe. Von da an hatte das Kind immer Angst, im Dunkeln allein zu sein, und träumte von Teufeln. Ich erklärte ihr, dass es keinen Teufel gebe. Sie fragt nun, warum denn Frau X einen solchen gesehen habe. Ich sagte, Frau X habe sich geirrt, und erzählte ihr als konkretes Beispiel ein eigenes Erlebnis, um sie eher zu überzeugen: «Als ich in deinem Alter war, habe ich auch solche Geschichten gehört und glaubte an Teufel, sodass ich nicht wagte, im Dunkeln allein zu gehen. In einer Nacht, als ich in der Internatsschule zu Bett ging, sah ich auf der Wand eine schwarze Gestalt, die sich hin und her bewegte. Ich sprang aus dem Bett und holte die

Lehrerin, um ihr den Teufel an der Wand zu zeigen. Die Lehrerin aber lachte, führte mich zum Fenster des Zimmers und zeigte mir, wie das Licht, das hinter einem vom Winde bewegten Baum schien, einen solchen Schatten warf, den ich irrtümlicherweise für einen Teufel hielt. Von da an war ich überzeugt, dass es keinen Teufel gebe und habe mich im Dunkeln nie mehr gefürchtet.» Das Kind hatte Vertrauen zu mir, glaubte nun, dass die alte Dame sich geirrt habe und fragte nicht mehr weiter. Vor dem Abschied versprach es, sich nicht mehr fürchten zu wollen.

Beratung am 15. I. 1949

Fawzia berichtet, sie sei allein im Dunkeln gegangen und habe keine Angst mehr gehabt, was ihre Mutter überraschte und freute. In der Schule gehe es ihr besser. Sie möchte Turnlehrerin werden, weil es angenehm sei und nicht viel Arbeit gebe. Auf die Frage, wie es zuhause gehe — ob sie ihre Sachen in Ordnung halte, ihr Bett richte, ihrer Mutter helfe — zögert sie ein wenig und sagt, dass sie alles mache, nur das Bett könne sie noch nicht richten. Sie hat es einmal versucht, wurde aber von der Mutter kritisiert, sodass sie den Versuch aufgegeben hat.

Offenbar ist das neue Verhalten des Kindes gegenüber den Lebensaufgaben noch nicht zu sicherem Besitz geworden. Die geringste Bemerkung setzt es auf die infantile Stufe zurück. Es will sich nicht mehr bemühen, wenn seine Bemühung oder Leistung nicht anerkannt wird. Wir sehen hier, wie die Mutter es in der Hand hat, die Entfaltung der Fähigkeiten ihrer Kinder zu fördern oder zu verhindern. Abschätzige Kritik führt zu schlechten Launen, Trotz und Entmutigung. Lob und Anerkennung helfen dem Kind zu positiver Leistung. Wenn wir das Resultat seiner Bemühungen nicht nach unseren Wünschen finden, sollten wir jede Kritik, jeden Tadel mit einem Lob beginnen. Das schafft, wie Professor Hanselmann mit Recht sagt, «eine ganz andere Luft und macht das Kind viel eher hörbereit, empfangsbereit für das, was es nicht gern hört.» So würde das Kind das nächste Mal diese Dinge besonders sorgfältig zu machen suchen.

Kurz vor dem Abschied habe ich ihr so gut wie möglich an dem Bett, das für die Elektroschockbehandlung in der Klinik steht, gezeigt, wie man das Bett schön machen kann, und darauf machte sie es selbst recht gut. Zum Schluss erklärte ich ihr, dass alles nach einiger Uebung gut gehe; wie sie es auch eben jetzt ganz richtig gemacht habe. Sie solle sich nur nicht beim ersten Mal durch einen Misserfolg entmutigen lassen, sondern probieren, bis sie es könne.

Bei der letzten *Beratung* mit der *Mutter* sagte diese, es stehe besser mit beiden Töchtern, die älteste möchte wieder zur Schule gehen. *Fawzia* habe

sich in mancher Beziehung gebessert. Sie kann jetzt ihr Bett richten, auch ist sie selbständig im Anziehen und Kämmen und helfe ihr gelegentlich zuhause. Das Bettnässen sei aber noch nicht verschwunden: Fawzia nässe mindestens dreimal die Woche. Ob sie nicht eine Flasche Medizin haben könne: sie sei überzeugt, dass das sicher helfen werde. Ich habe ihr gesagt, dass die Heilung in ihrer Hand liege. Wenn sie nur glaube, dass das Kind fähig sei, sein Bettnässen zu überwinden, würde sie viel helfen. Das Kind sei sehr empfindlich und spüre, ob sie an seine Fähigkeit zur Ueberwindung des Bettnässens glaube oder nicht, auch wenn sie gar nichts sage. Sie könne viel helfen, indem sie es jedesmal, wenn es aufgestanden sei, lobe und das Aufstehen als seine eigene Leistung anerkenne.

Die Patientin freut sich sehr, weil sie Fortschritte in der Schule gemacht hat. Sie hat eine gute Note im Rechnen und auch in Arabisch. Sie will versuchen, auf den fünften Platz vorzurücken. In Religion allerdings hat sie keine Hoffnung auf eine gute Note. Sie hat Gott nicht gern, weil er sie nicht besser erschaffen hat. Warum hat Gott sie eine Bettnässerin werden lassen und nicht normal wie die andern oder wie Sami, der sie immer wegen ihrer Schwäche tadelt? — Ich habe ihr erklärt, dass wir alle als Bettnässer geboren seien, dass Gott uns unvollkommen schaffe, und wir selbst uns verbessern müssten, dass jeder Mensch für sein Verhalten verantwortlich sei und die Fähigkeit zur Ueberwindung seiner Unarten erwerben könne, wenn er wolle. Ich versicherte ihr, dass auch sie ihre Schwäche bewältigen könne und zeigte ihr dann anhand der Abbildung 11 (S. 70) in der dort ausführlich dargestellten Weise, warum sie das Bett nässe und wie man es fertigbringe, zur richtigen Zeit aufzustehen. Bevor sie aber das nächtliche Aufstehen versuchte, musste sie für einige Zeit kontrollieren, wie sie das Harnbedürfnis während des Tages beherrschen konnte. Damit hatte sie keine Schwierigkeiten und konnte nach zwei Wochen mit dem Aufstehen beginnen. Es war keine leichte Aufgabe für sie. Die ersten zwei Wochen konnte sie dreimal aufstehen, die nächste Woche zweimal; und so ging es immer vorwärts, bis sie nach anderthalb Monaten für zwei Wochen jede Nacht aufstehen konnte.

Dann kam ein Rückfall. Sie war sehr enttäuscht und gab dafür die Erklärung, dass sie von der Lehrerin zu Unrecht geschlagen worden sei. Eine andere Schülerin hinter ihr habe geschwatzt und dafür sei sie bestraft worden. Sie weinte und konnte sich nicht richtig verteidigen. In der Nacht darauf nässte sie das Bett. Diese Ungerechtigkeit machte sie traurig und erschütterte ihren Mut, sodass sie keine Kraft zum Aufstehen hatte. Der Irrtum der Lehrerin führte sie auch zum Trotz: Warum sollte sie sich Mühe geben, sich in die Gesellschaft einzufügen, wenn sie von ihr ungerecht behandelt wird?

Fawzia muss noch viel ertragen lernen. Das Leben bringt viel Enttäuschungen und Konflikte, die man nicht immer lösen kann. Man muss Fawzia erklären, dass sie nicht einfach ihre inneren Schwierigkeiten auf passive Weise

lösen, sie verdrängen und in der Nacht im Symptom des Bettnässens äussern dürfe. Sie musste sich in schwierigen Lebenssituationen besser bewähren und sich nötigenfalls auch verteidigen können. Wenn die Lehrerin sie zu Unrecht schlägt, sollte sie nicht einfach mit Weinen reagieren, sondern ihr erklären, dass sie nicht geschwatzt habe. Wenn der Bruder oder sonst jemand sie unnötigerweise tadelt, soll sie sich deswegen nicht aufregen und es lächelnd hinnehmen, dann hat der Angreifer sein Ziel verfehlt und ist selbst der Geschlagene, während sie gewonnen hat.

Nach dieser Aufmunterung ging Fawzia wieder mit Mut an das nächtliche Aufstehen. Sie musste viermal pro Woche vorbeikommen, und wenn etwas sie besonders betrübt, konnte sie sich jederzeit melden. Während dieser Zeit verbesserte sich der Zustand der älteren Schwester und die häusliche Atmosphäre überhaupt, was der Patientin das Aufstehen erleichterte. Die Mutter ist ganz zufrieden mit ihr, lobt sie immer für das Aufstehen und hat nun erkannt, dass die Tochter ihre Schwäche selbst überwinden kann, wenn ihr die nötige Freiheit zur Entwicklung gelassen wird. In der Schule sind die Lehrerinnen zufrieden mit ihr, besonders die Mathematiklehrerin. Sie hat auch ein paar Freundinnen gefunden, und die Mutter gestattet ihr, mit ihnen zu spielen. Sechs Monate nach Beginn der Behandlung konnte sie schliesslich für sechs Wochen jede Nacht aufstehen. Dass sie das zustandebrachte — besonders nachdem sie nach verschiedenen Rückfällen immer neu beginnen musste — bedeutete nicht nur Uebung im Spüren des Drangs, nicht nur Steigerung des Selbstverantwortungsgefühls im Schlaf, sondern Bereitschaft, das Symptom aufzugeben und mit sich selbst fertig zu werden.

Im Laufe des nächsten Monats festigten sich ihre Beziehungen zu den Freundinnen, und auch in der Schule fühlte sie sich wohl und bereitete sich mit Eifer auf das jährliche Schlussexamen vor. Sie ist selbständiger geworden und ist froh, dass die Mutter ihr mehr Freiheit lässt, zuhause zu helfen und mit Freundinnen zu spielen. Vor allem ist sie zufrieden, dass der Bruder sie nicht mehr wegen ihrer Schwäche tadeln kann. Die häusliche Atmosphäre ist viel ruhiger: es gibt nur noch gelegentlich Störungen, wenn Fathia erfährt, dass der Bruder heimlich nach Hause gekommen ist, um mit der Mutter zu sprechen oder etwas zu holen, oder wenn sonst etwas nicht ihren Wünschen entspricht.

Fawzia hat keinen Rückfall erlitten, aber sie hat nur die Vorstufe der Heilung erreicht. Sie steht mindestens dreimal in der Woche auf. — Leider konnte ich diesen Fall nicht mehr weiter verfolgen, doch ist wohl anzunehmen, dass es auch später keine Rückfälle gab, ebenso wie es bei zehn anderen Patienten, die sechs Wochen nacheinander aufstehen konnten, nicht der Fall war.

Die völlige Heilung, d. h. harnreizloser Schlaf dürfte gefördert werden durch die weitere Verbesserung der häuslichen Verhältnisse, die glückliche Wiedervereinigung der Familie und vor allem dadurch, dass das Kind mit zunehmendem Alter selbständiger wird und lernt, sich in den neuen Situa-

tionen zurechtzufinden, sich zu bewähren und mit den Konflikten fertig zu werden.

Hier haben wir den Fall eines Mädchens dargestellt, das in seiner ersten Kindheit infolge der falschen Einstellung seiner Mutter keine Führung erhielt, die es ihm ermöglicht hätte, sich allmählich in die menschliche Gesellschaft einordnen zu lernen. Wir sehen, dass Fawzia die kleinen, alltäglichen Aufgaben des Lebens, wie sich Anziehen oder Kämmen, mit fast neun Jahren noch nicht bewältigen konnte. Die Mutter, die durch den plötzlichen Tod ihres Gatten vor ungewohnte Aufgaben gestellt wurde, fühlte sich einerseits unsicher diesen Aufgaben gegenüber und suchte dies zu kompensieren, ihr Selbstwertgefühl zu heben dadurch, dass sie sich ihrem Kinde unentbehrlich machte und es in keiner Weise zur Selbständigkeit erziehen wollte. Andererseits flüchtete sie sich aus ihrer Lebensenttäuschung in die Verwöhnung des Kindes und fand Trost in der abgöttischen Liebe zu ihm. Infolgedessen wurde das Kind im vitalen Bereiche verwahrlost. Die Mutter lehrte es nie, die Befriedigung seiner Triebe auf ein bestimmtes Mass zu bringen. Sie unterliess auch die Anleitung zu den primitivsten Fertigkeiten, sodass die Lebenstechnik unentwickelt blieb, der Mut zur Lebensführung untergraben wurde. Die besondere Stellung in der Geschwisterreihe als jüngstes Kind, der relativ grosse Altersunterschied zwischen Fawzia und den andern Kindern, ihre Geburt nach dem Tode des Vaters ergaben einen guten Boden für die Verwöhnung. Insbesondere wurde sie lange von der älteren Schwester verwöhnt, wie auch von Verwandten, die Mitleid mit dem verwaisten Kind hatten. Es stand zuhause immer im Zentrum und ging deshalb nur sehr ungern zur Schule. Es empfand es als ungerecht und unangenehm, nur als eines von vielen behandelt zu werden. Der Eintritt in die Schule kann unter Umständen eine Besserung oder Heilung des Bettnässens zur Folge haben, wenn die Lehrerin es versteht, im Kinde Freude an Aufgaben zu wecken und es zur Einordnung in die Gesellschaft zu führen. Hier bei Fawzia war das Gegenteil der Fall, weil sie schon im Kindergarten nicht richtig verstanden und behandelt wurde.

Wir sehen, dass hier der Faktor der Verwöhnung die Hauptrolle spielt, welcher die Entfaltung von Können, Wollen, Empfänglichkeit beeinträchtigt und damit die Entwicklung zur Selbständigkeit und Einordnung in die Gesellschaft erschwert. Daneben bestehen weitere begünstigende Faktoren: die vergrösserte Mandel, die durch Atembehinderung zu unruhigem Schlaf führt, die Aufregungen durch die Umgebung — seien es die Anforderungen der Schule, denen sie nicht gewachsen war, oder der Tadel des nächstältesten Bruders wegen des Bettnässens, welcher Minderwertigkeitsgefühle hervorrief — und schliesslich die sich allmählich entwickelnde Protesteinstellung gegen die übertriebene Bevormundung und Einengung durch die mütterliche Fürsorge. Diese Faktoren führten zu erhöhter Beanspruchung der Blase während der Nacht. Des Kindes

Hang zu Bequemlichkeit, die Abwesenheit von Zensur und Ablenkung (die während des Tages vorhanden sind), Lebensenttäuschung und Nervosität lassen das Kind triebhaft sein Bedürfnis befriedigen. Durch alle diese Faktoren und nicht zuletzt durch die Meinung, das Bettnässen sei eine organische Krankheit, wird das Bettnässen chronifiziert. Das Kind erhofft eine Besserung durch alle möglichen äusseren Mittel, nur nicht durch eigene Willensanstrengung.

2. Mahmoud Serry Tahr

Hausbesuch am 15. 10. 1948

Das Haus steht in einer kleinen, schmutzigen Gasse. Es hat nur zwei Zimmer, ein Schlaf- und ein Esszimmer. Die hygienischen Verhältnisse sind ungünstig; es ist feucht, und die Sonne hat keinen Zutritt. — Die Familie besteht aus Eltern und fünf Geschwistern.

Der Vater ist 50 Jahre alt, von mittlerer Statur, arbeitet als Schaffner in Kairo. Seine Gesundheit ist nicht wie gewünscht. Er litt schon vor der Geburt des Patienten an Ekzema. Manchmal verschwindet das Ekzem, um von Zeit zu Zeit wieder aufzutreten. Letztes Jahr hatte er Rheumatismus im linken Bein, weshalb er drei Monate im Bett liegen musste. Seitdem war er von diesem Leiden frei. Auch Leber und Nieren sind nicht im besten Zustand. Der Vater bezeichnet sich selbst als ruhig, was aber nicht hindert, dass er die Kinder streng strafe, wenn sie Fehler begehen. Er strafe jeden, wie er es verdiene, und manchmal peitsche er die Kinder oder schlage sie mit dem Stock, wenn es nötig sei. Seine Befehle müssten befolgt werden, und zwar unverzüglich gleich zum ersten Mal, und niemand dürfe über sie diskutieren. So habe er die Kinder ihm gehorchen gelehrt.

Er ist sehr religiös, liest oft den Koran wie auch Bücher darüber. Er pflegt nicht im Café zu sitzen; aber er hat viele Freunde, von denen einige aus einem höheren Niveau stammen (Sekundarlehrer). Sein Gespräch ist oft auf religiöse Themata beschränkt. Die Kinder haben das Nötigste, aber überflüssige Wünsche (wie etwa ins Kino zu gehen) werden nicht erfüllt. Er geht fast nie mit ihnen aus. Wenn es einmal aus einem besonderen Anlass geschieht, dann gehen sie für eine Stunde in einen öffentlichen Garten, wo er allein sitzt und die Kinder spielen lässt. Er hat selten Streit mit seiner Frau; sind sie einmal uneins, so meiden sie einander, und wenn eine Partei von der anderen etwas braucht, dann wird das gewöhnlich durch die Kinder übermittelt.

Die *Mutter* ist ruhig, nicht leicht erregbar, Analphabetin, sehr abergläubisch, ziemlich sozial, hat Besuche gern, wenn sie nicht zu häufig kommen. Als drei Jahre nach dem ersten Kind, einem Mädchen, unser Patient als erster Knabe zur Welt kam, hatte sie grosse Freude. Sie hat aber alle Kinder gleich lieb und gibt keinem von ihnen den Vorzug.

Adlia ist 15½ Jahre alt und besucht die dritte Klasse einer Sekundarschule. Sie wird nicht weiter in die Schule gehen, erstens da sie das Examen nicht bestanden hat, und zweitens, weil die Eltern nicht wollten, dass ihre Tochter später einen Beruf ausübt. Das Durchfallen wurde von Eltern und Umgebung als eine grosse Schande betrachtet, weil es in ihren Augen gleichbedeutend mit Leichtfertigkeit war.

Ismail ist elf Jahre alt, instabil, kann nicht lange sitsitzen. Seine Leistung in der arabischen Sprache ist niedriger als in den anderen Fächern. Er spielt viel und stört den Patienten während seinem Studium, weshalb dieser dann mit ihm zankt. Er war früher Bettnässer und hat bis zum letzten Jahr hie und da genässt; nun ist aber sein Leiden spontan verschwunden.

Kadige ist acht Jahre alt und besucht die Primarschule. Der Patient hat sie nicht gern, weil sie ihn tadelt und verspottet.

Madiha ist fünf Jahre alt, *Mohsen*, der jüngste, zwei Jahre.

Mahmoud Tahr, der Patient, ist zwölfteinhalb Jahre alt und war immer Bettnässer. Er sieht schmutzig aus, und seine Kleider riechen etwas nach Urin. Auf dem linken Ohr ist er schwerhörig. Als er neun Jahre alt war, wurde eine Operation vorgenommen in der Hoffnung, dass sein Gehör sich dadurch bessern werde, aber der erwünschte Erfolg trat nicht ein, andererseits jedoch auch keine Verschlimmerung.

Nach seinen Angaben ist die Einstellung der Familie zu ihm feindlich. Er beklagt sich über schlechte Behandlung. Seine Schwestern und *Ismail* verspotten ihn, rufen ihm Schimpfnamen nach und tadeln ihn für seine Schwäche. Die Eltern schelten ihn, schlagen ihn mit der Peitsche und drohen ihm mit Brennen. Er solle aufstehen, sagen sie zu ihm, und nicht sein Bett nassen. Das verhindert aber nicht, dass er doch weiter nässt, obgleich er aufzustehen versucht und gewöhnlich von der Mutter geweckt wird.

Insbesondere ist er neidisch auf die ältere Schwester und hat das Gefühl, dass die Mutter sie bevorzuge; die Schwester schimpfe oft mit ihm wegen geringfügiger Ursachen, lüge oft, besonders wenn der Patient sie bei den Eltern verklage. Wenn er Streit mit ihr habe, dann verteidige die Mutter *Adlia* und gebe ihr recht. Sein Bruder *Ismail* werde dieses Jahr wegen seiner besonderen Leistungen in der Schule bevorzugt.

Beratung am 3. 11. 1948

Der Patient kann sich nicht erinnern, je trocken geblieben zu sein. Sein Bett war immer nass. Er klagt auch über häufigen Harndrang tagsüber; alle anderthalb bis zwei Stunden muss er auf den Abort gehen. Er schämt sich, weil er Bettnässer ist, aber er kann nichts dagegen tun. Er denkt, dass er wegen seines tiefen Schlafes nässe, und fragt, ob es nicht eine Medizin gebe, welche den Schlaf leichter mache, da er sehr tief schlafe und seinen Harndrang nicht

spüre. Er träumt selten, und seit drei oder vier Jahren hat er Angst vor dem Dunkeln. Damals sei er feige gewesen und habe immer von einem Teufel geträumt, der mit seinem Finger auf ihn zeigte. Er versuchte diesen Traum zu überwinden dadurch, dass er mit dem Vater oder der Mutter im gleichen Bett schlief.

Der Patient erzählt noch von einem anderen Traum, den er schon letztes Jahr öfters geträumt habe. Er träumte immer, dass sein Vater tot sei und er selbst an seinem Leichenbegängnis mitgehe. Bei seinem bevorzugten Spiel, nämlich Fussball, spielt er besonders gern als Mittel- oder Seitenstürmer, wie er es in der Primarschule gelegentlich getan hat. Er möchte auch jetzt noch gern öfters spielen können, um in das Schulteam aufgenommen zu werden. Doch der Vater erlaubt es ihm nicht, da er denkt, es sei verlorene Zeit und der Knabe täte besser daran, zu studieren, damit er in der Schule mehr leisten könne. Seine Schulleistungen liegen nämlich unter dem Durchschnitt, weshalb der Vater mit ihm nicht zufrieden ist. Tahr führt seine geringe Leistung auf seine Vergesslichkeit und mangelnde Konzentrationsfähigkeit zurück. Binet Simon ergibt, dass seine Intelligenz durchschnittlich (I. Q. 103 %) und sein Gedächtnis normal ist. Zum Teil kann man seine Vergesslichkeit und mangelnde Konzentration mit dem beständigen Druck des Vaters, der gestörten häuslichen Atmosphäre und der Unzufriedenheit mit sich selbst in Zusammenhang bringen. Das alles absorbiert seine Gedanken so, dass er keine Energie mehr hat, sich in seine Aufgaben richtig zu vertiefen: was er lernt, bleibt an der Oberfläche und geht rasch wieder verloren, besonders da es ihm auch an Interesse fehlt.

Beratung am 12. 11. 1943

Nach dem Bericht der *Mutter* nässt Tahr immer noch (nur gestern war er trocken). Das Bettnässen macht ihr besondere Mühe: in der Nacht muss sie den Schlaf unterbrechen, um ihn zu wecken, — aber trotzdem nässt er sein Bett — und morgens muss sie neben der Pflege der kleinen Kinder noch seine Bettwäsche waschen. Diese vermehrte Arbeit beansprucht ihre Kräfte über Gebühr. Die ganze Familie schläft in einem Zimmer, der Patient mit seinem Bruder Ismail zusammen. Sie möchten schon gern umziehen, da sie hier so wenig Platz hätten, aber infolge des Wohnungsmangels und aus ökonomischen Gründen müssen sie ihre jetzige Wohnung behalten.

Natürlich bewirkt das Schlafen im Elternzimmer insbesondere für Tahr grosse Schwierigkeiten in der Beherrschung der Triebe, da er vermehrten Reizen ausgesetzt ist. So wurde versucht, der Mutter klar zu machen, dass es besser sei, den Knaben in das andere Zimmer zu versetzen, und dass sie auch mit dem Wecken und Schimpfen aufhören und ihm mit Liebe und Ermutigung beagnen sollte.

Der *Knabe* erzählt mit Freude, dass er gestern trocken geblieben sei. Er schläft nicht gerne mit Ismail; lieber würde er allein schlafen und die Decke ganz für sich haben. Er bezeichnet sich immer noch als sehr vergesslich: darum bekomme er auch schlechtere Noten als Ismail.

Heute hat er zwei Bilder gezeichnet, zuerst auf mein Geheiss seine Familie. Die Mutter ist in der Mitte des Bildes, auf der rechten Seite die kleinen Kinder und die zwei Schwestern, auf der linken Seite er selbst, der Vater und Ismail. Auffällig ist, dass der Vater und Ismail im Verhältnis zu den andern Familiengliedern klein und ganz am untern Rand des Blattes gezeichnet sind, so dass die Füsse nicht mehr auf dem Bild Platz haben. Das zweite Bild zeigt einen Jäger, der hinter einem Baum auf einen Löwen schiesst. Aus dem Gewehr dringt ein mächtiger Feuerschwall, fast so gross wie der Löwe, welcher allerdings im Vergleich mit Jäger und Baum eher zu klein ist. Dem Jäger fehlen die Füsse, dem Baum die Wurzeln. Die ganze Zeichnung ist auf die linke Blathälfte konzentriert, was auf Introversion deuten könnte: doch die ausgebreiteten Aeste des recht sorgfältig gezeichneten Baumes zeigen eine Tendenz zur Extraversion. Aggressive Tendenzen kommen nicht nur in dem destruktiven Element des Schiessens, sondern auch in den stachelartigen Aesten des Baumes zum Ausdruck.

Beratung am 25. 11. 1948

Der Patient ist allein gekommen. Er ist immer noch unordentlich, seine Kleider und Hände sind sehr schmutzig. Ich machte keine kritische Bemerkung über sein Aussehen, da ich warten wollte, bis eine Atmosphäre des Vertrauens und der Liebe zwischen uns geschaffen sei, damit meine Kritik positiv wirken könne.

Er ist wieder in der Nacht vor der Beratung trocken geblieben. Wegen Mangel an Decken schläft er noch mit Ismail. Die Mutter hat aufgehört ihn zu tadeln; der Vater sei weiterhin streng mit ihm, und die Geschwister beschimpfen ihn immer noch. Heute zeigt er Interesse für die Spielsachen, die im Beratungsraum stehen, und fragt, ob wir mit Soldaten und Ball (einer Art kleinem Kegelspiel) spielen könnten. Um ihn zu erfreuen und meine Beziehung zu ihm freundlicher zu gestalten, ging ich auf seine Wünsche ein. Schon beim ersten Mal warf er den Ball mit einer solchen Wucht, dass er sieben Soldaten auf einmal zu Fall brachte. Als ich aufholte und gleichviel Punkte hatte wie er, wollte er nicht weiter spielen und wandte sich anderem Spielzeug zu. Er griff nach einer Pistole und zielte zuerst auf eine grosse männliche Puppe und dann auf die übrigen.

Als die Sitzung zu Ende ging und die Sachen noch immer auf dem Boden lagen, ohne dass er daran dachte, sie in Ordnung zu bringen und an ihren Platz zu stellen, legte ich ihm nahe, dies nachzuholen. Als er das gut gemacht hatte,

lobte ich seinen Sinn für Ordnung und sagte ihm, es sei gut, wenn er immer seine eigenen Sachen — unter anderem auch sein Bett — ebenso gut in Ordnung halte.

Beratung am 2. 12. 1948

Nach dem Bericht des *Vaters* hat sich Tahrs Bettnässen kaum gebessert. Er sei nur gestern trocken geblieben. In der Schule ist er immer noch zu faul. Es besteht also die Gefahr, dass des Vaters Absicht, seinen Sohn später auf die Universität zu schicken, vereitelt wird. Er möchte nämlich, dass seine Söhne «etwas Besseres» werden als er, da jetzt die Möglichkeit zu studieren für alle gegeben sei, was leider in seiner Jugend nicht der Fall war. Tahr ist sehr langsam, nachlässig bei den Schulaufgaben und nicht so klug wie Ismail. Nur Strenge hat eine Wirkung auf ihn. Solange der Vater zuhause ist, studiert Tahr, sobald jener aber den Rücken kehrt, vernachlässigt er seine Schulaufgaben. Er muss immer ermahnt werden, um etwas leisten zu können. Seine Noten in Mathematik und Englisch sind unterdurchschnittlich, und er wird wahrscheinlich die Promotionsprüfung nicht bestehen können, wenn er so weiterfährt. — Ich habe dem Vater versichert, dass Tahrs Intelligenz genüge, um durchzukommen; nur müsse man ihn nicht ständig kritisieren, nicht nur seine Ungeschicklichkeit und Unfähigkeit hervorheben und ihn vor allem nicht mit seinem klugen Bruder vergleichen, denn dies entmutige ihn und mache ihn schliesslich so resigniert, dass er weder Mut noch Lust habe, von sich aus etwas anzupacken. Um das Höchstmögliche herauszuholen, sollte man ihn ermutigen, sein Selbstvertrauen stärken, sodass er leistungsfähig und bereit werde, Pflichten freudig auf sich zu nehmen.

Ich suchte ihm vorzustellen, wie schön es wäre, wenn er seinen Sohn wie einen Freund, wie einen Erwachsenen behandeln und mit ihm gelegentlich über verschiedene Themata diskutieren, gelegentlich etwas von gemeinsamem Interesse unternehmen könnte, statt nur das Befehlen, Ermahnen und Kritik als einzige Bindung zwischen ihnen bestehen zu lassen. —

Hier haben wir das Bild eines Vaters, der seine Wünsche auf seine Söhne projiziert. Da er keine Gelegenheit hatte, weiter zu studieren und ein gebildeter Mann zu werden wie seine Freunde, sollten die Söhne realisieren, was ihm selbst versagt blieb. Sie müssen einfach weiterstudieren und die Universität besuchen: ob sie dazu geeignet sind oder nicht, spielt keine Rolle. Er glaubt sie einfach streng behandeln zu müssen, um das Ziel zu erreichen. Kommt eine schlechte Meldung von der Schule oder erfährt er, dass sein Sohn nicht fleissig ist, so züchtigt und tadelt er ihn. Auf diese Weise lebt das Kind unter beständigem Druck, sodass es effektiv kein Eigenleben hat.

Zuhause fehlt dem Knaben der harmonische Kontakt, das «liebende Miteinandersein». In der Schule ist er in sich zurückgezogen und hat keine Freunde.

Die Beteiligung bei Spiel und Sport, welche ihm Gelegenheit bieten würde, mit Kameraden in Beziehung zu treten und sein Gemeinschaftsgefühl zu fördern, sich in einer natürlichen Umgebung zu bewegen, ist ihm durch den Vater untersagt.

Der Patient hat keine klare Idee, was er eigentlich werden möchte. Er weiss nur, dass er nach dem Plan des Vaters weiter studieren sollte, um ein Universitätsdiplom zu erlangen. — In Bezug auf sein Bettnässen hat sich nicht viel geändert. Er blieb nur gestern trocken. Er wäre so glücklich, wenn es ihm gelingen würde, alle Tage trocken zu bleiben.

Bemerkenswert ist, dass der Patient jeweils in der Nacht vor der Sitzung sein Bett nicht nässt. Er fühlt, dass endlich etwas für ihn getan wird, dass man ihm helfen will, sein Bettnässen zu überwinden, und so kommt er wenigstens zeitweise zu ruhigem, harnreizlosem Schlaf.

In dieser Beratung zeichnete er zwei Bilder. Das eine stellt einen Fliegerangriff dar. Von einem Flugzeug werden Bomben auf ein Haus abgeworfen. Dieses Haus steht in Flammen, während ein zweites daneben unversehrt ist. Es fällt auf, dass die Häuser gleichsam am unteren Rand des Blattes kleben und keinen Boden haben. Auch ist das Ganze nicht sorgfältig und — wie auch die übrigen Zeichnungen — in ziemlich unklaren, teilweise schmierigen Linien gezeichnet. Im andern Bild, das er als «Regentag» bezeichnet, sind einige Personen, von denen eine einen Regenschirm trägt und ganz unten auf dem Blatt steht, sodass ihr die Beine fehlen, flüchtig und undeutlich hingeworfen.

Alle Bilder sind durch allgemeine Unruhe gekennzeichnet: Entweder fallen Bomben oder flammt ein Feuer aus einem Gewehr oder ist die Natur selbst — gemessen an der gewohnten Stille in Kairo — in Revolution. Beachtenswert ist, dass den gezeichneten Objekten eine Grundlage, die ihnen Halt geben könnte, fehlt. Im Bild eines «Jägers im Walde» fehlen die Unterschenkel des Jägers und auch die Wurzel des Baumes, im «Luftangriff» der Boden der Häuser. Ebenso sind in den Zeichnungen eines «Regentages» und seiner Familie einige Personen ohne Beine. Das dürfte darauf hinweisen, dass er die Schwäche seines Haltes auf seine Umgebung projiziert. Der Knabe sucht Halt in der Aussenwelt, versucht die Brücke zwischen Ich und Du zu schlagen — probiert jemanden zu finden, der ihm eine Hilfe sein könnte, fühlt sich aber verlassen und unsicher in seiner Umgebung.

Beratung am 12. 12. 1948

Der Knabe erzählt, dass seine Leistung im Englischen am schlechtesten sei. Er habe Englisch nie gern gehabt. Auf meine Frage nach seinem Idealbild eines Lehrers erklärt er, dieser sei den Schülern gegenüber freundlich, gerecht und ermutigend. Sein Zeichenlehrer kommt diesem Bild am nächsten, während sein früherer Englischlehrer, den er mit acht Jahren in der ersten Klasse der

Primarschule hatte, gerade das Gegenteil verkörperte. Er war sehr klein, kaum grösser als seine jungen Schüler, hatte einen wilden Gesichtsausdruck und war immer auf der Lauer, jene Schüler zu erwischen und zu strafen, die seine Eigenheiten nachahmten. Bevor er den Schülern Fragen stellte, drohte er ihnen mit dem Lineal und sagte: «Achtung, wer es nicht genug gelernt hat, wird durchgeprügelt!» Tahr konnte vor Angst nicht antworten, obgleich er zuhause studiert hatte. Er wird nie vergessen, wie er einmal, als jener Lehrer ihn geohrfeigt hatte, mit geschwellenem Gesicht nach Hause kam. Als er zuhause gefragt wurde, gab er Zahnweh als Ursache an. Er wagte nicht zu sagen, dass es wegen einer schlechten Note war, um nicht von seinen Geschwistern verspottet zu werden und vor seinen Eltern in einem ungünstigen Licht zu erscheinen. —

Es ist offensichtlich, dass ein Lehrer, dessen Selbstwertgefühl verkümmert ist, und der seine Minderwertigkeitsgefühle durch Gewalttätigkeit und Herrschaft sucht kompensiert, kein guter Erzieher sein kann, ganz besonders für empfindliche Kinder und für solche, die die Fähigkeit zu arbeiten noch nicht besitzen. Durch Angst und Strafe wird das Kind entmutigt, in seinem Aufnahmevermögen beeinträchtigt, und es überträgt seine bitteren Gefühle und den Hass gegen den Lehrer auf seine Arbeit, sodass endlich seine Lernfreudigkeit und sein Selbstvertrauen gleichsam eingesperrt wird.

Es wurde versucht, Tahr bei der positiven Gestaltung seiner Beziehung zu Schule und Arbeit zu helfen. So wurde zunächst sein Hass gegen die englische Sprache eliminiert, indem günstige Bedingungen geschaffen wurden. Ich las mit ihm interessante Geschichten, die keine sprachlichen Schwierigkeiten boten und die sich zur schauspielerischen Darstellung eigneten. Diese bereitete ihm besonderes Vergnügen, und er ging eifrig darauf ein. Mit Liebe, Anerkennung und Ermutigung wurde er auch bei den anderen Aufgaben unterstützt.

Rorschach-Test

Tahr Mahmoud, 12 Jahre 6 Monate

- I. Ich kann nichts sehen (sucht aber weiter und antwortet nach zwei Minuten): Adler. GF + T
- II. Zwei Männer mit verwischem und unvollständigem Gesicht. (Der Patient versucht die Figur zu ergänzen.) Sie sind aneinander gefesselt. GF + M
- III. Ich kann dieses Bild nicht verstehen. (Nach langem Suchen sagt er): Das ist eine Person, und das ist auch eine Person. Sie versuchen etwas hinaufzutragen. GB + MV

Ein Baum, der nicht ganz ist (probiert ihn zu ergänzen).	DF + Pflanze
Ein Gesicht eines alten Aegypters (d.h. aus dem Altertum). Er sieht wie ein Neger aus.	DF + (MD)
IV. Zwei Schlangen.	DF + TV
Ein Baum, der nicht vollständig ist.	
Die Wurzeln sind nicht da.	DF + Pflanze
V. Eine Fledermaus.	GF + TV
VI. Eine explodierende Bombe.	DB + Expl.
VII. Gesicht eines Löwen.	DF + TD
Der Hinterteil einer Katze.	DF — TD
Ein Elefant und sein Rüssel.	DF + T
Eine Wüste und darin eine Palme.	DF + Pflanze
VIII. Ein Fuchs, der läuft.	DBT + TV
Der Kehlkopf und die Lunge (leider unvollständig).	DF + Anat
IX. Zwei Bäuerinnen, die zwei Körbe vor sich haben.	DF + M
X. Stamm eines Baumes.	DF + Pflanze
Zwei Tiere — es sind Schafe, die an einem Baum hochstehen.	DBT + T
Zwei Hunde, welche laufen. Sie sind nicht vollständig.	DBT + T

<i>Art der Perzeption</i>	<i>Qualität der Bedeutung</i>	<i>Inhalt</i>
G 4	BT 3	T 7
D 15	B 1	Td 2
Dd —	F 14	M 3
	Bm 1	Md 1
		Anat 1
		Bombe 1
		Pflanze 4
G 21 %	T + TD 47 %	
D 19 %	M+MD 21 %	
F 70 %	B 1 = O FbF	
F+100 %	BT 3 + 1 Bm = O	
	VIII + IX + X	
	T	x 100 = 31 %

Dieses Ergebnis ist charakterisiert durch die Armut an G-Antworten (21%), die grosse Zahl der D-Reaktionen, den Mangel an Kombinationsmöglichkeiten. Stereotypie des Inhalts. Bei vier von neunzehn Antworten kommen Bäume vor,

nur einmal B, nie Farbe oder Dd; hoher Prozentsatz der T und Td. Ein solches Resultat könnte man als typisch für ein schwachbegabtes Kind (leichte Debilität) annehmen. Der hohe Prozentsatz $F = (100\%)$ schliesst aber diese Möglichkeit aus und zeigt, dass andere Faktoren vorhanden sind, die diese intellektuelle Funktion stören und beschränken. Die fehlenden Farbantworten und seine Weise des Reagierens (unruhiges, langes Suchen, Tafel III, Bm-Antwort) geben Anhaltspunkte dafür, dass die Störung in der Gefühlssphäre liegt. Der Test zeigt einen introvertierten Typus — seine Introversion beruht auf der Tatsache, dass er sich seiner Umgebung nicht anpassen kann. Die vier Bäume (Symbol der Familie) sind immer unvollständig. Entweder fehlen die Wurzeln, oder es ist nur ein Stamm, was eine gestörte häusliche Atmosphäre andeuten dürfte.

Eine Beziehungsstörung besteht hauptsächlich hinsichtlich des männlichen Geschlechts. Die «Menschen»-Antworten zeigen keine positive Beziehung. In der zweiten Tafel sind die Männer unvollständig; in der dritten Tafel vermochte er zuerst die zwei Menschen nicht zu erkennen und reagierte erst nach langem Zögern mit der Antwort «zwei Personen». Die anderen zwei Antworten — Gesicht eines Negers und Gesicht eines alten Aegypters — gehören nicht zu seiner Umgebung, weder zeitlich noch örtlich.

Die vitalen Antriebe (BT) sind zu stark im Verhältnis zu den B-Antworten. Die Selbstbeherrschung ist ungenügend für die Bewältigung der Antriebe.

Weiter zeigt die Antwort auf Tafel VI aggressive Tendenzen, die aber nicht nach aussen gerichtet sind (Fehlen der Farb-Antworten). Die aggressiven Tendenzen finden wahrscheinlich ihre Entladung auf somatischem Wege. Allerdings kann diese Antwort allein nicht so weitgehende Schlüsse rechtfertigen: wenn man aber die Zeichnungen, den Traum vom Tode des Vaters und die Vorliebe für eine aggressive Rolle beim Spiel in Betracht zieht, so lässt sich diese Deutung der Antwort wohl unterstützen.

Dazu deuten die vielen unvollendeten Gestalten darauf hin, dass das Kind nicht mit sich selber fertig wird.

Auf jeden Fall nimmt er aber seinen Zustand nicht passiv hin, sondern versucht sich daraus zu befreien (zwei Personen probieren etwas hinaufzuheben). Er versucht auch manche Gestalten zu ergänzen, aber im Grunde genommen fühlt er sich gehindert (zwei Männer aneinandergefasst). Er braucht jemanden, der ihn befreien und auf den richtigen Weg führen kann.

Gemäss diesem Ergebnis kann man folgende Richtlinien für die Behandlung vorschlagen:

1. Verbesserung der häuslichen Atmosphäre, insbesondere der Beziehung zu den männlichen Familiengliedern.
2. Entladung der aggressiven Tendenzen durch Spiel, Zeichnen oder nützliche Betätigung.

3. Erziehung der Antriebe und des Wollens.

4. Hilfe und Ermutigung zur Extraversion und zu vermehrtem Anschluss an andere Kinder.

Man sieht in Tahrs Fall, wie falsch sich seine Eltern ihm gegenüber verhalten haben, sowohl im allgemeinen wie auch speziell in Bezug auf das Bettnässen, indem sie dieses auf ein mangelhaftes Wollen zurückführten und ihn dafür schlugen, statt ihm den richtigen Weg zu zeigen. Das Resultat ist, dass das Kind in Entmutigung, Verzweiflung gerät und ihnen gegenüber eine Oppositionsstellung einnimmt, die unbewusst dahin wirkt, dass es umso mehr in seinem Bettnässen verharret. Sie verstehen nicht, dass «das Wollen den meisten Schwierigkeiten überhaupt erst gewachsen sein kann, wenn die Empfänglichkeit reif ist für die gesteckten Ziele und wenn das Können ausgebildet ist für die Durchführung des Gewollten» (Moor). Ganz anders wäre der Fall, hätten sie mit der Erziehung am richtigen Ort angefangen und sich zuerst der Empfänglichkeit und dem Können zugewandt.

Offensichtlich ist das Können des Patienten noch nicht reif. Er ist oft schmutzig an Körper und Kleidung. Er arbeitet sehr langsam, hat keine Ordnung in seinen Sachen, auch befriedigt er sein Harnbedürfnis tagsüber häufiger als normal (alle anderthalb bis zwei Stunden). Um einen dauernden Erfolg zu erzielen, muss der Patient, unterstützt durch Liebe und Ermutigung, probieren, sein Können aufzubauen. Dies konnte dann auch so allmählich im Verlaufe von vier Monaten erreicht werden. Es war wirklich eine Freude, zu sehen, wie er nun sauber war und überhaupt einen besseren Eindruck machte. Meine Bemerkung, dass er wie ein Gentleman aussehe, hat ihm so gefallen, dass er zu mir sagte, er verhalte sich auch zuhause wie ein Gentleman und helfe der Mutter, wenn sie ihn brauche. Sein Bettnässen sei zwar noch nicht verschwunden, aber er habe sich dermassen gebessert, dass sein Vater ihn deswegen nicht mehr strafe. Die Rhythmisierung seines Harnbedürfnisses während des Tages trug dazu bei, sein Selbstvertrauen zu steigern. Es lässt ihn spüren, dass er es selbst in der Hand hat, durch eigene Leistung sein Bettnässen zu überwinden, und jedesmal, wenn es ihm gelingt, die Zeitspanne bis zur nächsten Harnentleerung zu verlängern, gewinnt er wieder mehr Vertrauen und Freude. Jetzt, da sein Harnbedürfnis so rhythmisiert ist, dass es nur noch alle $3\frac{1}{2}$ —4 Stunden auftritt, kann er sich seinem Wollen zuwenden. Es wurde ihm anhand von Abbildung 11 erklärt, wie das Bettnässen zustandekommt und wie er es mit seinem Wollen überwinden kann (S. 69). Er kann jetzt probieren, für sechs Wochen nacheinander aufzustehen.—Zur gleichen Zeit wurde es ihm durch Vermittlung eines Fürsorgers ermöglicht, am Fussballspiel zweimal in der Woche unter Leitung eines Lehrers teilzunehmen, was ihm eine riesige Freude bereitete. Dadurch wurde ihm Gelegenheit gegeben, seine aggressiven Tendenzen zu entladen, Anschluss an Freunde zu finden und das Verlieren beim

Spiel ertragen zu lernen. Da er gern zeichnete, schenkte ich ihm einen kleinen Malkasten, um seine schöpferischen Kräfte zur Entfaltung zu bringen. Auch für seine Gefühle, die durch den Druck des Vaters verkrampft wurden, hatten die Farben eine positive Wirkung.

In Bezug auf das nächtliche Aufstehen gab es drei Rückfälle, in der ersten Woche, am Ende der zweiten und anfangs der dritten Woche. Der Patient hat aber wieder mit Mut angefangen und konnte für sechs Wochen aufstehen. Für die Rückfälle konnte er keinen Grund angeben. Man könnte sagen, dass sein Wollen noch nicht reif war, und dass die drei Rückfälle am Anfang des Versuches ganz normal seien.

Der Patient ist in manchen Dingen selbständiger geworden. Zuhause hilft er, verträgt sich besser mit den Schwestern, aber immer noch nicht mit Ismail. In der Schule hat er in der englischen Sprache nachgeholt und zeigt auch in den übrigen Fächern höhere Leistungen, allerdings noch nicht den Wünschen des Vaters entsprechend. Interessant ist, wie dieser Umschwung im Charakter auch in seinen Zeichnungen zum Ausdruck kommt. Seine drei frei gezeichneten und gemalten Bilder, die er mir schenkte — «Ein Fussballmatch», «Ein Frühlingstag», «Strassenverkehr» — sind sorgfältiger ausgeführt und besser auf dem Blatt angeordnet. Auch sind sie reich in den Farben und haben an Festigkeit gewonnen; das frühere Merkmal der unvollendeten Gestalten erscheint nicht mehr. Die Häuser und Bäume stehen auf einem Boden, die Menschen sind vollständig gezeichnet.

Der Patient hatte im Laufe der nächsten zwei Monate keine Rückfälle, ist aber auch nicht zu völliger Heilung, harnreizlosem Schlaf gelangt. Auf jeden Fall merkt man schon im zweiten Monat Fortschritte. Der Patient muss öfters aufstehen, meistens dann, wenn er mit Ismail Streit hat, wenn dieser ihn auf alle mögliche Weise belästigt, ihn stört und seine Gemälde verschmiert — oder auch, wenn er früher als gewöhnlich zu Bett geht.

Nach insgesamt fast acht Monaten Behandlung kam Tahr nicht mehr in die Klinik. Durch einen Fürsorger erfuhren wir, dass er die Prüfung bestanden habe und jetzt zu einem Onkel, der auf dem Lande wohnt, verreist sei. Ob er zum ruhigen Schlaf gekommen sei, konnte ich nicht erfahren; doch dürfte das bei entsprechender Entwicklung seiner Fähigkeit, Unangenehmes zu ertragen, wohl möglich sein. —

Zum Schluss wollen wir noch versuchen, auf Grund des vorhandenen Tatsachenmaterials die Ursachen des Bettnässens herauszufinden. Wir erfahren zuerst von der Mutter, dass die Geburt des Patienten als erster Knabe nach dreijährigem Warten für die Eltern ein besonders freudiges Ereignis war. Das Kind hat die mütterliche Liebe für mehr als ein ganzes Jahr übermässig genossen. Es stand im Mittelpunkt der Umgebung; alle seine Wünsche wurden ohne Einschränkung erfüllt. Die Mutter hatte kaum angefangen, ihn zur Reinlichkeit zu erziehen, als die Geburt eines Brüderleins ihre Aufmerksamkeit von

ihm ablenkte. Welche Enttäuschung, welche Bedrohung seiner bisherigen Sicherheit musste diese erzwungene Abwendung verursachen! Er spürte die Härte, Lieblosigkeit seiner Umgebung und sah keinen Grund, auf seine Triebe zu verzichten, wo er keinen Ersatz dafür hatte. Er verharrt in seinem Bett-nässen, bleibt schmutzig in seiner Körperpflege und Kleidung. Die äusseren Umstände, d. h. ein niedriges Niveau der Reinlichkeit, hindern ihn, seinen Sinn für Reinlichkeit zu entfalten. Auch der Schlaf im Elternzimmer mag als besonderer Reiz wirken. Vor allem sind die beständigen Aufregungen, denen das Kind ausgesetzt ist, von Wichtigkeit. Erst ist es die gestörte Du-Beziehung im engern Kreis, zwischen ihm und der Mutter, welche den Aufbau des Könnens und die Entfaltung seiner Persönlichkeit verhindert, allmählich auch diejenige zwischen ihm und dem ehrgeizigen Vater, der sein Kind erziehen möchte, ohne auf seine Bedürfnisse und Fähigkeiten Rücksicht zu nehmen. Das Kind, dessen Können noch nicht reif ist, empfindet die Erziehung seines Vaters als allzugrosse Anforderung, seine Behandlung als ungerecht, und so entwickelt es aggressive Tendenzen gegen ihn, — nämlich sowohl in vermehrtem Harndrang während des Tages als auch eben im nächtlichen Nässen, trotzdem es geweckt wird. Ebenso sind Konflikte mit den Geschwistern, die es auf eine drastische Weise sich minderwertig fühlen lassen, Neid auf seine Schwester, Eifersucht auf seinen Bruder — dann im weiteren Kreise, in der Schule, die gestörte Beziehung zum Lehrer, und schliesslich diese stimmungsmässige Unzufriedenheit mit sich selbst, sein Schamgefühl, dass es die sozialen Anforderungen nicht erfüllen kann — weitere wichtige Faktoren für das Symptom des Bett-nässens, das ein Ersatz ist für mangelnde Befriedigung auf anderen Gebieten.

Wir sehen, dass auch Ismail, sein jüngerer Bruder, das Bett nässt. Der relativ kleine Altersunterschied zwischen den beiden Brüdern erschwert die erzieherische Aufgabe für die Mutter. Auch ist Ismail das Opfer der schlechten Gewohnheiten seines älteren Bruders. Ismail schläft mit Tahr, und da der Nachahmungstrieb bei Kindern stark ist, ist es kein Wunder, dass auch Ismail nässt. Es ist auffallend, dass nur die Knaben Bett-nässer sind, nicht aber die Mädchen; das lässt sich wohl erklären durch die Strenge der Erziehung und die stärkere Ueberforderung der Knaben.

Wir erfahren, dass Ismails Bett-nässen von selbst verschwunden sei. Ich habe keine sicheren Anhaltspunkte dafür, doch ist sehr wahrscheinlich seine besondere Schulleistung in diesem Jahr und die darauffolgende Verbesserung der häuslichen Atmosphäre einer der wichtigen Faktoren. Ob er angesichts grösserer Schwierigkeiten wieder mit Bett-nässen reagieren wird, hängt ab von seiner Fähigkeit zur selbständigen Verarbeitung der an ihn herantretenden Probleme, oder mit anderen Worten davon, dass eine harmonische Wechselwirkung zwischen Empfänglichkeit, Willen und Können hergestellt wird.

Quellen-Angabe

- Avicenna: Drittes Regel-Buch, II. Band, 2. Doktrin des 19. Abschnittes (arabisch).
- Batty, R. J.: Enuresis or Bed-Wetting. Staples Press, London 1948 (Second Edition).
- Behm, Karl: Das Bettnässerleiden. Seine Behandlung und Bekämpfung. 3. veränd. Aufl., Leopold Voss, Leipzig 1930.
- Benninghoff, A.: Lehrbuch der Anatomie des Menschen. 3. Aufl., München 1948, Bd. II, S. 232.
- Berge, André: Le facteur psychique dans l'énurésie. Edition du Seuil, 1946.
- Beyme, F.: «Trockenkost» bei der Behandlung der Enuresis nocturna. Zschr. f. Kinderpsychiatrie, 14. Jg., 1947, Nr. 1/2.
- Bize, P. R.: Communication à la Société de Pédiatrie de Paris. Séance du 4 décembre 1934. D'après Presse Médicale du 2 janv. 1935.
- Le problème de l'énurésie. Rev. Méd. Franç., Mai 1937 (zitiert nach *Delacrétaz*).
- Bosshard, Robert: Psychologie des Traumbewusstseins. Rascher, Zürich 1951.
- Bovet, L.: Notes sur l'énurésie. Pro Juventute 1939.
- Braithwaite, J. Vernon: Enuresis in Childhood. The Practitioner, September 1950, Vol. 165.
- Braun, F.: Behandlung der Bettnässer. Vortrag, gehalten an der Zusammenkunft der Pflegekinderfürsorgerinnen des Bezirkes Zürich-Land vom 10. November 1948 in Zürich.
- Celsus: Cornelius Celsus über Grundfragen der Medizin, hg. v. Th. Meyer-Steineg. Voigtländers Quellenbücher Bd. 3. R. Voigtländer, Leipzig 1912.
- Christoffel, Hans: Einige Ausdrücke und Gestaltungen menschlicher Harntriebhaftigkeit. In Federn-Meng: Die Psychohygiene, Grundlagen und Ziele, hg. v. Maria Pfister, Ammende, Zürich.
- La prévention et le traitement de l'énurésie sont purement affaire de l'éducation. Gesundheit und Wohlfahrt, H. 2/1939; Hygiène mentale, H. 1/1939.
- Vorbeugung und Behandlung der Enuresis, eine rein erzieherische Angelegenheit. Pro Juventute 1939.
- Nässvorbeugung und Behandlung nur Erziehungssache. Das Schwesternblatt 1939.
- Trieb und Kultur, Band VII der Sammlung «Psychohygiene, Wissenschaft und Praxis,» Benno Schwabe & Co., Basel 1944.
- Zur Biologie der Enuresis. Zschr. f. Kinderpsychiatrie, April 1934.
- Zur Erziehungsproblematik beim Einnässen (Enuresis). Gesundheit und Wohlfahrt, H. 8/1937. Hygiène mentale, H. 3/1937. Fachbl. f. Schweiz. Anstaltswesen, H. 77, 78/1938.
- Chwalla, Rudolf: Reizblase und Bettnässen. Wiener Med. Wschr. 1948, S. 505—508.
- Delacrétaz, Jean: Contribution à l'étude pathologique de l'énurésie. Thèse, Lausanne 1947.
- Dictionnaire, The American Illustrated Med., 21. Ed., p. 500: Enuresis, Incontinentia Urinæ.
- Dietel, Fr.: Das Bettnässen. Seine Ursachen und Vorschläge zu seiner Behandlung. Lehmann. München 1929.
- Düring, Ernst v.: Grundlagen und Grundsätze der Heilpädagogik, 13. Vorlesung, S. 179—183. Rotapfelverlag, Erlenbach/Zürich.
- Fanconi: Lehrbuch der Pädiatrie, hg. v. Fanconi, A. Wallgren. Benno Schwabe & Co., Basel. (S. auch unter *Feer*.)
- Federn-Meng: Das psychoanalytische Volksbuch. 3. Aufl. 1939. Hans Huber, Bern.

- Feer, E.: Einige funktionelle Harnausscheidungsstörungen. Lehrbuch der Kinderheilkunde. 12. Aufl.
- Feer, Wieland, Stirnimann, Koegel, Glanzmann, Fauconi, Taillens: Zur Behandlung der Enuresis nocturna. Diskussionsbemerkungen in Jahressitzung 1932 der Schweiz. Ges. f. Paediatric. Schweiz. med. Wschr. 1933, Nr. 6.
- Galen: Hugo Magnus: Galens Schrift über die saltverdünnende Diät. Abhandlgn. z. Gesch. d. Med. 1 -6. S. 4—36.
- Gill, S. E.: Nocturnal Enuresis. British Med. Journal, August 1940, S. 199—200.
- Glanzmann: s. unter Feer.
- Göring, Ernst: Beitrag zur Psychologie des Bettnässens der Kinder. Dissertation, München 1940.
- Hanselmann, Heinrich: Einführung in die Heilpädagogik. 3. Aufl. 1946. Rotapfelverlag, Erlenhach/Zürich.
- Heymann, Karl: Das Körpergefühl bei Bettnässern. Zschr. f. Kinderpsychiatrie, XII. Jg. 1945, H. 1.
- Hintze, E.: Enuresis nocturna, Spina bifida occulta und epidurale Injektion. Mitteilg. aus den Grenzgebieten d. Med. u. Chir. 1922, Bd. 35, H. 4.
- Jung, C. G.: Psychologie und Erziehung, Rascher, Zürich 1945.
- Kahn, Fritz: Der Mensch gesund und krank. S. 124. Luzern 1948.
- Kanner, Leo: Enuresis. Child Psychiatry, 2nd Edition, chapter XXXI: The Urinary System. Springfield Ill.; cc Thomas. 1948.
- Karger, P.: Kritische Betrachtung zur Pathogenese und Therapie der Enuresis im Kindesalter. Deutsche Med. Wschr., 16. Mai 1924.
- Kemper, Werner: Enuresis (Bettnässerleiden). Lambert-Schneider, Heidelberg 1949.
- Klaesi, J.: Ueber die psychogenen Ursachen der essentiellen Enuresis nocturna infantium. Z. Ges. Neur. u. Psych. 1917, Bd. XXXV, H. 4.
- Koegel: s. unter Feer.
- Kovats, F. V.: Die funktionellen Miktionsstörungen tuberkulösen Ursprungs.
- Lévy, Kata: Vom Bettnässen des Kindes. Zschr. f. psychoanalyt. Pädagogik, VIII. Jg., Mai-Aug. 1934, Sonderheft zum VIII. internationalen psychoanalytischen Kongress in Luzern.
- Loosli-Usteri, M., H. Murdter, A. Rochat-Bujard, H. Brantmay: L'énurésie. La fréquence du mal; dans nos asiles; chez les enfants placés. L'expérience d'un éducateur. L'opinion du médecin. Genève, Institut des Sciences de l'éducation, Centre d'action pour la Suisse romande de l'association suisse en faveur des anormaux. L'énurésie. Sa fréquence parmi les enfants assistés; la proportion des mouilleurs de lit dans les asiles; le traitement éducatif; le traitement médical. Rapport de la réunion de la Conférence Romande en faveur des enfants difficiles, 25 Oct. 1930, Neuchâtel. Schweiz. Zschr. f. Hygiene, H. 1/1931.
- Lutz, J.: Lehrbuch der Psychopathologie des Kindesalters, hg. v. Benjamin, Hanselmann, Lutz, Isserlin. 1938. S. 154, 212—214.
- Macht, D. I.: Journal Pharmac. 1916, VIII. III, 1923, XI, 332.
- Meng, Heinrich: siehe *Federn-Meng*.
- Moor, Paul: Heilpädagogische Psychologie. Hans Huber, Bern, 1951.
Umwelt, Mitwelt, Heimat. Verlag: Landerziehungsheim Albisbrunn, Hausen a. Albis, 1947.
Heilpädagogik und Arzt. Schweiz. Zschr. f. Psychologie, Bd. 1.
Intelligenz und Phantasie und die Berufswahl. Verlag: Landerziehungsheim Albisbrunn, Hausen a. A., 1951.
- Müller, L. R.: Die Blaseninnervation. Deutsches Archiv f. Klin. Med., 128. Bd., 1. H. Okt. 1918.
Ueber nervöse Blasenstörungen im Krieg. Münch. Med. Wschr. 1918, S. 759.
- Paulus Aegineta: Paul d'Egine, Chirurgie. Par René Brian, S. 253.
- Pototzky, Karl: Die Camphertherapie der Enuresis. Deutsche med. Wschr. 1922, S. 730.
Die diagnostische und therapeutische Differenzierung der Enuresisfälle. Zschr. f. Kinderheilk., Bd. 37, S. 12—23.
Zur Behandlung der Enuresis nocturna. Deutsche med. Wschr. 1920, Nr. 8.
- Plinius: MacKinney: Animal Substances in Materia Medica. Journal History of Medicine 1 1946, p. 149—170.

- Schachter, M.; Cotte, Simonne: Les enfants énurétiques. Travail de la consultation de neuro-endocrinéologie infantile, médecin Dr. Wahl. Zschr. f. Kinderpsychiatrie, VIII. Jg., H. 4, Nov. 1941.
- Schneider, Ernst: Psychologie der Jugendzeit. Sammlung Dalp 1948, S. 49—51, 276.
- Schober, Paul: Medizinisches Wörterbuch der deutschen und französischen Sprache; unter «Enuresis» und «Inkontinenz».
- Smith, Stevenson: The Psychological Origin and Treatment of Enuresis.
- Smith, Thomas: Enuresis. Thesis Submitted for the Degree of Bachelor of Education. (Manuscript.)
- Stirnimann, F.: Das Enuresisproblem. Pro Juventute 1939.
(Siehe auch unter *Feer*.)
- Toldt: Anatomischer Atlas, 20. Aufl. Bd. II, S. 84. Urban & Schwarzenberg, Wien 1948.
- Uffenheimer, Albert: Die Bettnässer-Krankheit im Kindes- und Jugendalter. Otto Walter, Olten 1937.
- Weigl, Egon: Zur Psychogenese der infantilen Enuresis. Ein Beitrag zur Psychologie der sogenannten Kinderfehler. Zschr. f. Kinderpsychiatrie, V. Jg., 1938, H. 4.
- Wieland: s. unter *Feer*.
- Wooley, Helen T.: L'énurésie problème psychologique. Schweiz. Zschr. f. Hygiene, IX. Jg., H. 2, Februar 1929.
- Zulliger, Hans: Schwierige Kinder. Hans Huber, Bern, 1951.

Für die persönlichen Briefe von Herrn Dr. Christoffel, Dr. Braun, Prof. Lutz, Prof. Seiferle, Prof. Heusser danke ich herzlich.

Curriculum vitae

Ich wurde am 20. März 1923 in Port Said geboren. Nach Absolvierung verschiedener Schulen in Minia, Alexandrien und Kairo erhielt ich 1942 das Oxford and Cambridge School Certificate. Darauf studierte ich vier Jahre an der Fouad I Universität und schloss 1946 mit dem Diplom für englische Literatur ab. Dann wandte ich mich der Psychologie zu, und nach zweijährigem Studium an derselben Universität arbeitete ich während 14 Monaten als Psychologie - Assistentin an der psychiatrischen Klinik für Schüler in Kairo. Im Herbst 1949 liess ich mich an der Universität Zürich immatrikulieren, wo ich hauptsächlich Heilpädagogik und Psychologie studierte.

